

**FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
ESCOLA DE GOVERNO**

ROSANE PILAR DIEGUES SILVA

**PROJETO DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE: UM TRABALHO EM
REDE?**

A visão dos trabalhadores

BELO HORIZONTE

2005

ROSANE PILAR DIEGUES SILVA

**PROJETO DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE: UM TRABALHO EM
REDE?**

A visão dos trabalhadores

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Gestão de Políticas Sociais

Professora Orientadora: Mercês Somarriba

BELO HORIZONTE

2005

Dedico este trabalho a minha filha que vem nos ensinando ser possível superar as dificuldades às vezes encontradas.

Dedico, também, a todos trabalhadores e gestores que atuaram e atuam no desenvolvimento dos trabalhos do projeto de saúde mental. Com eles aprendi que a crença em nossos ideais é nossa maior força existencial.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é um trabalho de muitos. Várias pessoas contribuíram com suas formas peculiares e significativas. A todas elas uma grata lembrança das discussões e reflexões promovidas à volta de idéias por vezes polêmicas.

Correndo o risco de omissão, não posso deixar de agradecer:

À Fundação João Pinheiro e toda a equipe da Escola de Governo, que sempre me acolheram com dedicação, proporcionando-me um processo de conhecimento que possibilitou compreender a prática científica de uma forma crítica e instigante.

A Mercês Somarriba que com sua forma doce e coerente no ato de ensinar tornou-se mais que uma orientadora e sim uma co-autora desta dissertação.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte que possibilitou o processo de investigação em seus serviços de saúde mental.

Aos colegas trabalhadores envolvidos com o projeto de saúde mental que dedicaram tempo, às vezes muito cronometrado, discutindo e refletindo sobre as minhas inquietações.

Aos colegas do CERSAM-Barreiro pelas experiências divididas e pela grande contribuição no meu constante amadurecimento profissional.

Aos usuários da saúde mental que vem nos ensinando a tratar ou lidar com a *loucura*.

A minha prima e amiga Denise Menezes que não poupou esforços lendo e criticando os meus escritos.

Aos meus pais e irmãos que mais uma vez possibilitaram-me a realização de um desejo.

Ao meu marido e minha filha que em um período tão especial de nossas vidas tiveram alguns momentos de convivência subtraídos.

A Deus que sempre colocou as pessoas certas no meu caminho.

“Tendemos a arranjar esses sistemas, todos eles aninhados dentro de sistemas maiores, num sistema hierárquico, colocando os maiores acima dos menores, à maneira de uma pirâmide. Mas isso é uma projeção humana. Na natureza, não há ‘acima’ ou ‘abaixo’ e não há hierarquias. Há somente redes aninhadas dentro de redes.”

Fritjof Capra

RESUMO

Esta dissertação busca identificar e analisar os resultados do trabalho em rede no projeto de saúde mental da cidade de Belo Horizonte, especificamente no Distrito Sanitário Barreiro. Com este objetivo, caracteriza os dispositivos que compõem a rede de atendimento em saúde mental do Barreiro; verifica se os dispositivos que compõem a rede, na forma como estão organizados, atendem aos princípios antimanicomiais; avalia o grau de interlocução existente na rede de atendimento do Barreiro. Para a obtenção de informações foram realizadas entrevistas com diversos trabalhadores de saúde mental e com alguns gestores do Distrito Sanitário Barreiro.

Partiu-se do princípio de que, ao completar dez anos de funcionamento dentro de uma proposta inovadora – a saída da loucura dos manicômios, numa lógica de atendimento em rede -, o projeto de saúde mental de Belo Horizonte já comporta uma análise voltada para à realimentação da experiência, que apresenta avanços no tratamento do portador de transtorno mental.

Considerou-se que a proposta de trabalho em rede é muito pertinente quando se almeja a inserção social do portador de transtorno mental, uma vez que trabalhar em rede é fazer circular conhecimentos, técnicas, habilidades, potencialidades, recursos, enfim a loucura e sua proposta de tratamento. Sendo assim, buscou-se entender o que os trabalhadores pensam e como concebem o trabalho já que é por meio das ações dos trabalhadores que a proposta de trabalho ganha sentido e repercussão.

Palavras chave: Antimanicomial, Portador de Transtorno Mental, Serviços Substitutivos, Trabalho em Rede, Reinserção Social.

ABSTRACT

This dissertation looks for to identify and to analyze the results of the work in net in the project of mental health of the city of Belo Horizonte, specifically in the Barreiro's Sanitary District. With this objective, it characterizes the devices that compose the service net in mental health of Barreiro; it verifies the devices that compose the net in the form how they are organized assist to the principle of fight against insane asylums; it evaluates the degree of existent dialogue in the net of service of Barreiro. For the obtaining of information interviews were accomplished with several workers of mental health and with some managers of the Barreiro's Sanitary District.

The principle starts from the ideia that the project of mental health of Belo Horizonte have completed ten years of operation of an innovative proposal, the exit of the madness from the insane asylums to a logical of service in net, already holds an analysis in sense of the re-feed the project, that it is presenting progresses in the treatment of the bearer of mental upset.

It was considered that the work proposal in net is very pertinent when the social insert of the bearer of mental upset is longed for, once that the work in net is to do to circulate knowledge, techniques, abilities, potentialities, resources, finally the madness and one treatment proposal. Being like this, it was looked for to understand what the workers think and as they conceive the work in net once it is through the worker's actions that this work proposal earns sense and repercussion.

Key words: Against Insane Asylum, Bearer of Mental Upset, Substitute Services, Work in net, Social Reverse-Insert.

SIGLAS UTILIZADAS

- SUS – Sistema Único de Saúde
- PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
- CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
- CRIA – Centro de Referência para Infância e Adolescência
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- DISAB – Distrito Sanitário Barreiro
- SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- HGV – Hospital Galba Veloso

SUMÁRIO

Introdução.....	10
1- A reforma psiquiátrica e os atuais serviços de saúde mental	
1.1 – A reforma psiquiátrica.....	12
1.2 – Os atuais serviços de saúde mental.....	26
1.3 – A proposta de trabalho em rede.....	36
2 - O projeto de saúde mental de Belo Horizonte no Distrito Sanitário Barreiro	
2.1 – A criação dos distritos sanitários.....	42
2.2 - O Distrito Sanitário Barreiro.....	45
2.3 – A implantação do projeto de saúde mental em Belo Horizonte/Distrito Sanitário Barreiro.....	47
2.3.1 – O CERSAM.....	56
2.3.2 – Os Centros de Saúde.....	60
2.3.3 – Os Centros de Convivência.....	61
2.3.4 – O CRIA.....	62
2.4 – Programa da Saúde da Família, uma parceria promissora.....	63
2.5 – O projeto de saúde mental hoje – 1998/2004.....	64
3 – O cotidiano da assistência em saúde mental no Distrito Sanitário Barreiro	
3.1 – O funcionamento dos serviços de saúde mental do Barreiro.....	68
3.1.1 – O acolhimento ao usuário: uma proposta de trabalho.....	81
3.1.2 – Processo de implantação do atendimento 24 horas.....	83
3.1.3 - O entendimento que se tem de um trabalho em rede.....	88
3.2 – O trabalho em rede e a capacitação profissional.....	92
3.3 – O trabalho em rede e as articulações promovidas.....	101
3.3.1 – As interlocuções como promotoras de laços sociais.....	108
3.3.2 – A interlocução e o gerenciamento da informação.....	120
Considerações finais.....	124
Referências bibliográficas.....	132

Introdução

Esta dissertação visa, além de reconhecer fenômenos no cotidiano do trabalho em saúde mental no Distrito Sanitário Barreiro, entendê-los, trazendo novas significações. A pesquisa foi realizada no segundo semestre do ano de 2004. A escolha do Barreiro se deu por dois fatores: ter sido o distrito piloto de implantação dos trabalhos em saúde mental e por ser onde trabalho, o que pôde facilitar a apreensão da realidade e o acesso aos dados, atores e instituições envolvidos.

Quanto ao público entrevistado, foi abordado um profissional de cada uma das sete equipes dos Centros de Saúde, procurando identificar e mesclar experiências de trabalhadores que estão há mais tempo neste trabalho com outros recém-chegados. Buscou-se ainda profissionais de categorias distintas; o gerente do Centro de Convivência; um profissional da Coordenação de Saúde Mental; outro da gerência do Distrito Sanitário Barreiro, o gerente e um profissional do CERSAM; dois gerentes de Centros de Saúde; totalizando 14 profissionais. A intenção foi confrontar as práticas discursivas com as ações realizadas pelos profissionais no cotidiano dos serviços.

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde não é um tema da contemporaneidade. O Relatório Flexner (13), publicado em 1910, focalizando a necessidade de controle do exercício profissional, e o trabalho de Codman, de 1916, apresentando metodologias de avaliação, demonstram ser este um tema antigo. Na atualidade, a busca da qualidade está presente na avaliação dos serviços prestados, que se configura como uma prática institucional e emprega teorias e técnicas de diversos saberes, sobretudo das ciências sociais. Uma novidade é a incorporação, nos processos de avaliação

ou análise, dos movimentos sociais e de aspectos socioeconômicos e culturais. Vários modelos de assistência à saúde vêm sendo adotados na busca pela qualidade.

Diferente de outras localidades nacionais, Belo Horizonte fez, há dez anos, a opção pelo trabalho em rede, articulado entre seus diversos dispositivos. Contudo, a proposta de organizar o atendimento de tal maneira, por si só, não garante o acesso ao tratamento, nem tampouco, a reabilitação social pretendida. Algumas indagações são pertinentes à inserção social dos equipamentos que compõem a rede na comunidade e na própria política de saúde pública. Enfim, um modelo assistencial eficaz deve ser estruturado de modo a viabilizar a missão institucional e atender à demanda da clientela.

A proposta de atuação em rede pressupõe um trabalho baseado em relações horizontais, onde não há um poder central. Ao articulador, ou coordenador, como queiram, não é conferido um poder estático. O poder é móvel e o que vai determiná-lo é a exigência do momento. Ocorre uma transformação na relação do poder e da prática. Não havendo subordinação entre os equipamentos, e/ou entre as categorias profissionais. Para promover um bom convívio, faz-se necessário ter clareza da missão da rede e das funções e papéis que cada um desempenha.

Outra característica do trabalho em rede é que ele se consubstancia nas interlocuções que realiza. Para tanto, duas questões são primordiais: articulação e informação. A realização de articulações deve promover novos valores sociais acerca da loucura. A extinção do manicômio exige a sensibilização da comunidade, por meio de um conjunto de ações. Um trabalho em rede social, e não apenas com os equipamentos da saúde.

Um bom gerenciamento da informação fortifica as interlocuções e princípios entre os diversos equipamentos envolvidos. Gera conhecimento e, conseqüentemente, ação. A

capacidade operacional dos equipamentos (infra-estrutura: espaço físico, recursos materiais e humanos) tem um forte peso. Quando se fala de trabalho em rede, tem-se uma proposta abstrata, o que irá lhe dar consistência são as ações realizadas.

Finalmente, a lógica do trabalho em rede exige mudanças gerenciais dos dispositivos de atendimento. Mudanças que imprimam uma nova lógica de trabalho, incluindo capacitação de profissionais, programas alternativos de combate a cronicidade, participação de vários e amplos segmentos sociais, integração da saúde mental com a saúde pública, enfim uma articulação entre a política e a clínica, que integre os objetivos assumidos por toda a rede.

No estudo aqui empreendido, haverá momentos de análise da estrutura dos serviços. Contudo, o objetivo maior concentra-se no funcionamento concreto destes serviços. Constatar que há contradições pode ser um fator desestimulador ou de desapontamento para alguns; para outros, pode ser impulsor de novas práticas. Perceber que alguns acontecimentos do cotidiano não correspondem aos princípios tão defendidos e esperados, que justificam a existência do projeto de saúde mental, pode gerar também um sentimento de insatisfação e descrença. O objetivo deste estudo é estimular práticas inovadoras. Para tanto, será preciso apontar distorções, em busca de suas correções. A tentativa é possibilitar a identificação de algumas formas e recursos indispensáveis para realizar as mudanças necessárias.

Considera-se também que em dez anos muita coisa mudou com relação à loucura. As novas tecnologias de tratamento (sejam técnicas de abordagem da loucura, sejam farmacológicas) e a dinâmica social, trazida pelas experiências inovadoras no tratamento do portador de transtorno mental, provocaram uma alteração no significado da loucura e

naqueles que buscam tratá-la. Desta forma, é imperativo conhecer melhor o que acontece nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, captar o novo olhar, o novo movimento.

Esta dissertação pretende ser apenas uma avaliação preliminar do projeto de saúde mental no Distrito Sanitário Barreiro. Deve-se considerar que a avaliação de serviços em saúde mental é ainda uma prática que requer o desenvolvimento de novas estratégias. Fidelis em seu texto: *O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do CAPS Rubens Correa/RJ*, cita Pitta et alli:

“Devemos criar novos instrumentos e indicadores de avaliação capazes de superar os tradicionalmente utilizados pela clínica psiquiátrica como número de consultas, internações, remissão de sintomas, para avaliarmos os serviços de saúde mental criados a partir da Reforma Psiquiátrica” (Coleção Archivos, 2003:89).

Estão presentes neste tipo de avaliação aspectos intersubjetivos que dificultam a análise, na medida em que há valores não mensuráveis em um primeiro olhar. Outra dificuldade é que os serviços substitutivos aos manicômios são ainda recentes e introduzem considerações novas (sociais, clínicas, morais, éticas) a respeito da loucura. Mas, conforme Vasconcelos (1995), torna-se premente criar indicadores para a avaliação dos serviços, como forma de melhorá-los e garantir sua expansão.

1 - A reforma psiquiátrica e os atuais serviços de saúde mental

1.1 - A reforma psiquiátrica

A primeira parte deste capítulo traz um breve percurso histórico sobre os fatos e acontecimentos que levaram à reforma psiquiátrica - a transformação ocorrida nas formas de tratamento da loucura, nos últimos anos. Falar da história é um estímulo a elaborações que nos levam a refletir sobre o estado atual das coisas e o que se pode e se deve fazer para transformá-las atingindo o desejável.

A reforma psiquiátrica é aqui vista como consequência de um conjunto de movimentos técnico-assistenciais (fechamento de manicômios e abertura de novos serviços) e de articulações sociais na defesa dos direitos humanos dos ditos “loucos”. Entendida como um processo social complexo (Rotelli, 1990), envolve uma multiplicidade de atores e interesses sociais, em jogos de negociações e articulações que se desenvolvem numa grande teia de relações inter e extra-institucionais. Portanto, como objeto de conhecimento, transcende a apenas um método cognitivo ou teoria capaz de apreender sua complexidade.

É incorreto afirmar que se trata somente de uma reestruturação do modelo assistencial ou de uma modernização de técnicas terapêuticas; ou ainda, de uma humanização no trato da loucura. Tais compreensões reduziriam sua abrangência e/ou profundidade. A reforma psiquiátrica, nos termos de Thomas Kuhn (1975) é uma superação paradigmática, ou, no de Félix Guatari (1986), uma transformação radical do saber e da prática, especialmente, da prática psiquiátrica.

No campo teórico-assistencial tem-se operado a desconstrução de práticas (isolamento, por exemplo) e teorias (periculosidade, por exemplo), e construído conceitos que questionam o paradigma doença-cura e a relação sujeito-objeto. A nova abordagem trabalha dentro do binômio existência-sofrimento.

No campo técnico-assistencial, pode-se dizer que a reforma ultrapassa uma reorganização dos serviços, pois, busca recolocar a questão, recolocar a loucura, a partir da construção de novos saberes e práticas. Para tanto, desconstrói a teoria que considera a loucura como incapacidade da razão ou do juízo e questiona a técnica do isolamento como método eficaz de conhecimento/cura. Em consequência, transfere o enfoque antes centrado na doença para o âmbito do sujeito. Não se trata de uma negação da doença e daquilo que ela possa trazer: sofrimento, mal-estar, diferença, etc. Significa se ocupar do sujeito, e não da loucura como a psiquiatria fez anteriormente, ao utilizá-la como legitimação de seu saber. Vale lembrar que a psiquiatria nasceu como método clínico e com postulação funcionalista. A técnica de isolamento - isolar o objeto tornando-o campo neutro para propiciar conhecimento - utilizada nos manicômios, neutraliza o sujeito que sofre. Para Irving Goffman (1992), a institucionalização produz "*a carreira moral do doente mental*". A pretensão da reforma é criar mecanismos em que o sujeito portador de doença mental sobreviva à sua maneira, com seus direitos sociais garantidos e suas potencialidades reconhecidas.

Os novos mecanismos devem ser contrários à dimensão técnico-assistencial do manicômio, que se baseia na tutela, na vigilância, no tratamento moral, na disciplina, na imposição de uma ordem, na punição corretiva, na

interdição. A loucura, assim tomada como sinônimo de uma incapacidade racional e de juízo, implica considerar o louco como incapaz de tomar decisões sobre sua própria vida. Tal enfoque pode ocasionar um isolamento, uma alienação, distanciando o sujeito de seus contatos sociais, e invalidando seus direitos de cidadania. O antigo modelo é marcado também por uma técnica que ora se constitui em campo de estudo, a observação científica do objeto, ora como ato terapêutico moralista.

Pode-se resumir em três as funções, ou lugares, que justificavam a existência do manicômio. A primeira, uma função médica, terapêutica. A loucura alicerçada nos conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade, colocava a psiquiatria como mantenedora da ordem social, em uma aliança complexa e contraditória entre sua missão terapêutica e uma determinada ordem social. A segunda função é a de uma proteção social, também complexa, cujo discurso era o de proteger os loucos, tidos como vulneráveis, mas que na realidade exercia um papel higienista, de retirar os loucos, mendigos, da circulação social. Constata-se que as práticas manicomiais colaboraram para a construção de um imaginário social que considera o “louco” nocivo, e, portanto, justifica sua reclusão. A terceira e última função é a da proteção da sociedade. Havia de se proteger a sociedade dos loucos, criminosos, alcoólatras, ou seja, daqueles de natureza degenerada. Este público pertencia a um mesmo grupo – os de “tendência perversa e perigosa”. No manicômio internavam-se: alcoólatras, mendigos, loucos, enfim, aqueles que eram considerados perturbadores da ordem social. O saber médico era hegemônico na busca por uma sociedade melhor, organizada com base em idéias higienistas.

O primeiro manicômio brasileiro foi criado, em meados de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, para atender a demandas sociais e não à necessidade de tratamento.

Posteriormente, foram criados manicômios em São Paulo (ainda em 1852); em Pernambuco (Recife) no ano de 1861; na Bahia (Salvador) em 1874; no Rio Grande do Sul (Porto Alegre), em 1881. Minas Gerais inaugurou seu primeiro equipamento, em 1903, na cidade de Barbacena. Construiu-se ali um mega projeto, com ares de progresso e proteção. Porém, já no início de seu funcionamento, o manicômio estava superlotado por “loucos”, desempregados, mendigos e etc. Veio, mais tarde, a ser alvo de sérias denúncias, nos anos de 1970, inclusive com a produção do filme “*Nos Porões da Loucura*”, relatando o que acontecia dentro do hospital.

Na obra *A História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1978) demonstra que a psiquiatria e a doença mental são produtos sociais historicamente datados, próprios de determinados contextos sociais. A psiquiatria se apropriava da doença mental como objeto médico-científico. Ficava a doença mental restrita aos muros do hospício, espaço reconhecido como operador do discurso e da prática médica. A psiquiatria era destinada a tratar do “desviante”. Encontrava-se na fronteira entre as normas médicas e sociais, entre o curar e o punir. Para Foucault, a loucura tem sua razão que deve ser pensada fora do binômio razão/loucura. Basaglia (1981)¹, com seu trabalho em Gorizia, propõe perceber o sujeito em sua experiência de sofrimento, não negar a loucura, mas considerá-la como pertencente, também, a outros saberes além da psiquiatria.

¹ Franco Basaglia foi um psiquiatra italiano precursor do Movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana conhecido como Psiquiatria Democrática. Em 1961, assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (Itália) com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica, humanizando o atendimento. Brevemente avaliou que necessitava mais do que humanizar, e sim de modificações profundas no modelo assistencial psiquiátrico e nas relações da sociedade com a loucura. Em Trieste – 1970 promoveu a substituição do tratamento hospitalar por uma rede de atendimento (serviços de atenção comunitária, emergências, cooperativas, centros de convivência, moradias assistidas) que culminou com o fechamento do hospital psiquiátrico em 1976. No ano de 1978 foi aprovada, na Itália, a lei 180 da Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como Lei Basaglia.

As denúncias e críticas aos manicômios baseiam-se nas condições desumanas de “tratamento” dos portadores de transtorno mental. Procedimentos que calavam o sujeito em seu sofrimento: eletro-choques, contenção física e química, medicação excessiva, retirada das vestes, banhos frios etc. Tais denúncias clamam por formas humanizadas e éticas de tratamento que permitam ao sujeito falar do seu sofrimento, demonstrar suas potencialidades, colocar-se no mundo.

Neste sentido, a prática antimanicomial implica em fazer circular a loucura e o portador de transtorno mental no tecido social, de forma que possibilite a construção de um coletivo nas amarras das diversas singularidades. Baseia-se no convite que se faz ao sujeito (portador de transtorno mental) a sustentar aquilo que é seu, a partir do respeito ao convívio social e não no mero enquadramento social. Para tanto, faz-se necessário realizar articulações que promovam novos valores sociais no campo econômico, político e ideológico, em busca pela construção de um lugar de cidadania para o portador de transtorno mental.

A Europa e a América do Norte registraram os primeiros movimentos de usuários nos anos 60 e 70 do século passado. Destacaram-se os seguintes países: Holanda e Inglaterra, Estados Unidos, Canadá e Nova Zelândia. Outros países - Itália, Alemanha, República Theca e Japão - tiveram seus movimentos mais tardiamente. No Brasil, o *Movimento da Luta Antimanicomial* surgiu no final da década de 70 do século passado. Um conjunto de trabalhadores realizou severas críticas e denúncias contra a forma de “tratamento” nos manicômios. Importantes lideranças mundiais foram convidadas a visitar o Brasil para falar de suas experiências na luta pela extinção dos manicômios: destaca-se Franco Basaglia, participante ativo no movimento pela promulgação da lei que estabeleceu na Itália o fechamento dos hospitais psiquiátricos, como referido anteriormente.

Neste período os profissionais de saúde mental de Belo Horizonte demonstraram um maior interesse pelos estudos em saberes contemporâneos – “uma filosofia com a de Foucault, uma sociologia como a de Castel, uma psiquiatria como a de Basaglia”.² Diferentes espaços de críticas e debates sobre o então modelo de assistência em saúde mental foram se ampliando. Sem incorrer no corporativismo, tendo desde então muito claro que nenhuma especialidade era capaz de tratar sobre todas as questões trazidas pela loucura, surgiu o Movimento Mineiros dos Trabalhadores de Saúde Mental. Um movimento marcado pela interdisciplinaridade, que teve um importante papel na implantação do Projeto de Saúde Mental desta cidade.

Os estados de São Paulo e Minas Gerais, em 1982, tiraram proveito do cenário político favorável para a implementação de mudanças no modelo assistencial da saúde mental. Membros do Movimento da Luta Antimanicomial foram convidados a ocupar cargos diretivos, possibilitando algumas intervenções nos hospitais psiquiátricos. No período, a gestão da saúde mental se orientou pelos seguintes princípios: congelamento do número de leitos psiquiátricos; expansão da rede ambulatorial com um trabalho interdisciplinar (assistente social, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais) cujas unidades foram equipadas dentro das possibilidades de cada realidade; regionalização dos serviços de saúde, integrando os hospitais; controle das internações; introdução dos conceitos de humanização e reinserção social.

Em 1989, ocorreu o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva e a substituição gradativa dos serviços manicomiais. No ano seguinte, foi realizada a Conferência de Caracas, na Venezuela. A conferência visava a reestruturação

² LOBOSQUE, Ana Marta. A Cidade e a Loucura – Entrelaces, in: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público.* (1998)

da assistência psiquiátrica em nosso continente. Itália, Espanha e Suécia, que estavam no processo de reestruturação mais avançado, puderam contribuir com suas experiências. Inclusive, em 1992 o Ministério da Saúde do Brasil recebeu os drs. Manuel Desviat, de Madri, e Ernesto Venturini, de Ímola-Itália, como assessores. Na oportunidade, foram pactuadas novas formas de tratamento que implicavam na:

1. superação do hospital psiquiátrico como serviço central de atenção em saúde mental;
2. humanização dos hospitais psiquiátricos;
3. ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

A Conferência de Caracas indicou o redirecionamento das políticas nacionais de saúde mental, com forte ênfase na reorientação da assistência em saúde mental para a América Latina. Teve o patrocínio da Organização Panamericana de Saúde e do Instituto Mario Negri, de Milão.

Contudo, há que se ter claro que, conforme Foucault analisa, os manicômios são produtos sociais. Sua extinção exige um processo complexo, contínuo e integral, um trabalho com a identidade da população que respeite suas características singulares. Para tanto, se faz necessária uma construção coletiva de mudanças que reconheça o manicômio como um instrumento ineficaz ao tratamento do portador de transtorno mental, o que:

“... requer a produção de novas formas de pensar, perceber e interagir com a complexidade de vidas das pessoas que possuem a experiência do sofrimento psíquico. Implica, também, na superação da cultura da invalidação das pessoas e das correspondentes relações de tutela; na invenção de saberes, práticas políticas e culturais, que se inscrevam nos processos de construção

de direitos e de produção de autonomia das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico” (Nicácio, 2000: 55).

Durante muitos anos os hospitais psiquiátricos se constituíram como a principal referência, utilizando a maior parcela das verbas destinadas à saúde mental. Quando se deparava com a grande superlotação a solução encontrada era ampliar o número de leitos oferecidos. As críticas dirigidas aos hospitais psiquiátricos, vistos como um lugar desumano, lugar de abandono e violência, e inadequado para tratar do portador de transtorno mental, não repercutiam no financiamento da assistência à saúde mental.

Nesta mesma discussão se inclui o uso dos psicofármacos. O desenvolvimento de vários estudos sobre os efeitos dos medicamentos na saúde mental dos indivíduos vem trazendo um aumento no uso destes medicamentos. Configura-se como uma busca de alívio imediato e desejado frente aos vários sofrimentos da condição humana (tensão, tristeza, estresse, angústia etc.). A prática manicomial encontra no uso abusivo e indiscriminado de medicamentos seu forte aliado. Trata a loucura como uma série de sintomas que devem ser eliminados. Dedicar uma escuta àquele que sofre, se torna um aspecto secundário ou até mesmo dispensável.

Muitos autores descrevem estes aspectos como “indústria da loucura”. A loucura utilizada para fins mercantilistas. Campos (1993), Secretário de Saúde de Belo Horizonte, à época da implantação do projeto de saúde mental, em depoimento prestado para Castilho, faz uma distinção entre o uso dos psicofármacos nos manicômios e nos serviços substitutivos:

“Além das leis, do corpo teórico, dos dispositivos, usa-se a psicofarmacologia de uma forma diferente. Não é para aplastar o indivíduo, mas para diminuir a confusão, diminuir a dispersão e que possa dar-lhe condição de trabalho. Quer dizer, o psicofármaco serve para isto, não dentro daquele modelo que vai atingir causa para remover doença. Os instrumentos todos foram

reestudados neste sentido e a longo prazo um trabalho incessante, no sentido de mudar a cultura, porque se formou nestes duzentos anos uma cultura em torno de tudo isto: o hospital, o psiquiatra, o saber da psiquiatria, a psicofarmacologia usada deste jeito, terapêuticas biológicas com os laboratórios farmacêuticos, e a justiça que age de determinada maneira quando o corpo teórico não está estruturado” (Campos, 1998:333).

Outra questão colocada é que o hospital psiquiátrico não é a única fonte de condutas manicomiais. Elas condutas podem ocorrer mesmo nos serviços que se propõem substitutivos aos manicômios. Demonstrar que se reduziu o número de internações, por si só, não indica que estamos alcançando uma sociedade sem manicômios. Ao se afirmar, então, que para superar a lógica manicomial não basta equipar a cidade com um novo modelo assistencial, é preciso definir e ter clareza do que é necessário para tal.

No plano da cultura, o que seria, ou como seria, uma sociedade onde os loucos vivessem sem qualquer discriminação, onde suas diferenças seriam acolhidas naturalmente? De certo, esta pergunta é uma provocação que tem como objetivo discutir e definir qual é a identidade do louco e da loucura, que está em construção. Tomemos o conceito de louco como um indivíduo social discriminado e excluído, e o de loucura como o contrário do que se espera de um indivíduo civilizado, o contrário da razão. O portador de transtorno mental seria aquele indivíduo despossuído da razão, que não teria condições de socialização, daí sua exclusão. A concepção acerca da loucura e dos loucos que está em construção, por meio do desenvolvimento de novas tecnologias e de novas formas de atendimento ao portador de transtorno mental, vem nos mostrando que o portador de transtorno mental tem, sim, um potencial de socialização.

Nos últimos 10 anos, no Brasil, ocorreu a implantação de cerca de 100 serviços de cuidados extra-hospitalares, criação de 2000 leitos em hospitais gerais para a assistência em saúde mental e uma conseqüente redução de 57 hospitais psiquiátricos, desativando 30.000 leitos psiquiátricos.³

Uma destas experiências é o projeto de saúde mental da cidade de Belo Horizonte que, há 10 anos, através dos novos serviços, oferece um atendimento extra-hospitalar, provando para a sociedade como é possível conviver e tratar dos portadores de transtornos mentais fora dos manicômios. Pois bem, não basta reconhecer os loucos e a loucura, trata-se de obter um novo coletivo com expressividade na articulação entre as diferenças, ou seja, conviver com a diferença sem excluí-la do social.

Para tanto, são necessárias mudanças nos mecanismos gerenciais dos dispositivos de atendimento, que se propõem a uma alteração de objetivos, métodos e técnicas no tratamento do portador de transtorno mental. Acabar com os manicômios, por si só, não resolve o problema de segregação da loucura. Novas formas de gestão são necessárias para sustentar a nova lógica de trabalho. A gestão deve ser capaz de pensar em múltiplos cenários, de ter sensibilidade com a comunidade, de lidar com vários atores, de descentralizar competências. É a participação que, a todo o momento, fortalece o movimento pela mudança, e cria uma prática que não reproduz o automatismo das instituições fechadas (manicômios).

Acabar com os manicômios sem alternativas responsáveis de tratamento (equipar adequadamente os dispositivos e serviços da rede de atendimento, capacitar profissionais, considerar o usuário um sujeito em seu tratamento etc.) é tão ou mais grave que a prática

³ Portaria GM nr. 799, de 10/07/2000. Ministério da Saúde.

manicomial. Desospitalizar não é simplesmente o contrário de hospitalizar. É preciso diferenciar desinstitucionalização de desospitalização.

Desinstitucionalizar é um processo complexo. Basaglia vê no processo de institucionalização um complexo de “dano”, na medida em que o sujeito fica rendido à rigidez de suas normas de funcionamento. Desta maneira, a desinstitucionalização ocorre na e pela prática, em um movimento de desconstrução e transformação. As necessidades dos portadores de transtornos mentais e de seus familiares são múltiplas. Uma possibilidade de trabalho é uma rede articulada em seus diversos dispositivos, que envolva a interdisciplinaridade. A hegemonia do saber de algumas disciplinas/profissões deve ser quebrada. É preciso romper com o lugar e função de verdade trazida pelo saber científico e com o cartesianismo doença-cura. Fazer emergirem novas relações, novos sujeitos: existência-cura.

Se na loucura há aspectos que ultrapassam o orgânico, há de se pensar em um tratamento psicossocial – fora dos hospitais. Ao se fecharem os hospitais manicomiais há que se oferecer algo diferente que não perpetue a segregação, violência e cronicidade. A inquietação é que sempre há possibilidade de criação de outras instituições que podem não substituir os hospitais efetivamente e sim apenas oferecer um tratamento alternativo, perpetuador da segregação, que desconsidere os direitos de cidadania do portador de transtorno mental. A discussão está centrada nas novas práticas terapêuticas no campo da loucura, nos processos sociais envolvidos.

Há duas posições distintas sobre o papel dos hospitais psiquiátricos (Desviat, 2002). Uma tecnicista⁴, que diz respeito à reforma de tais equipamentos e defende uma finalidade

⁴ SEMINARIO HOSPITAIS PSIQUIATRICOS: SAIDAS PARA O FIM, 2001, Belo Horizonte, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2002. p.23 e 25.

específica e legítima dos hospitais psiquiátricos. Propõe humanizá-los para que possam cumprir um papel assistencial, com respeito à cidadania do portador de transtorno mental. Outra posição se baseia na afirmativa de que não basta humanizar os hospitais psiquiátricos, seria impossível garantir cidadania nesta forma de tratamento. A internação nos hospitais psiquiátricos provocaria uma exclusão social do sujeito. Por essa posição, só é possível garantir cidadania colocando a loucura para fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. Esta última é a posição do Movimento Antimanicomial.

Algumas importantes inovações são percebidas nos novos serviços de saúde mental, tais como: criação de espaços de sociabilidade, de troca, na medida em os serviços de portas abertas proporcionam maior produção de subjetividades; ruptura com práticas essencialmente disciplinares, fugindo da lógica de adaptação social; busca de uma inserção social do portador de transtorno mental; esforço de alteração do imaginário social da loucura, a partir da convocação de familiares, usuários e comunidade para participarem do processo terapêutico.

Estas inovações são acompanhadas de transformações no campo jurídico-político que as regulam. Vale destacar algumas. No ano de 1992, o Ministério da Saúde lança a Portaria N° 224, estabelecendo diretrizes para os serviços de saúde mental e normatizando vários serviços substitutivos. Em julho de 2000, lança Portaria GM N°. 799, que cria o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, que determina a avaliação e supervisão sistemática dos serviços hospitalares, vinculados ao Sistema Único de Saúde.

A Lei 10.216 de seis de abril de 2001 “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental”. Em 19 de fevereiro de 2002, institui a Portaria GM Nº. 336, que acrescenta novos parâmetros na Portaria 224/92, ao ampliar a rede de atendimento, com criação de mecanismos de financiamento próprio para a rede de CAPS⁵. Esta lei é uma reformulação do Projeto de Lei Paulo Delgado, que impulsionou vários debates acerca da assistência ao portador de transtorno mental. Nela está previsto um cuidado especial aos crônicos hospitalares e uma punição para aquele que cometer o ato de internação involuntária arbitrária ou desnecessária. Em julho de 2003, é instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para portadores de transtornos mentais graves egressos de internação.

Em Minas Gerais, temos, desde 1992, nove leis inspiradas no Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que prevê a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos.

1.2- Os atuais serviços de saúde mental

Em 1991, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde iniciou um processo de reestruturação da assistência ao portador de transtorno mental, com a implementação do financiamento de uma rede extra-hospitalar. A coordenação de saúde mental, em 1993, realizou uma inspeção em 22 hospitais do Sistema Único de Saúde, que encontrou 59,1% dos hospitais sem papel higiênico nos banheiros, 31,8% dos pacientes com problemas clínicos sem atendimento, 18,2% dos pacientes recebendo visita médica a cada oito ou 15 dias. Situações inadmissíveis em quaisquer circunstâncias e menos admissíveis ainda dentro da nova lógica de tratamento.

⁵ Centro de Atenção Psicossocial. Este nome CAPS é utilizado pelo Ministério da Saúde para designar os novos dispositivos institucionais que sustentam uma fundamentação teórico-prática tornando-os distintos dos hospitais psiquiátricos. Algumas cidades preservam este nome na identificação dos seus serviços, outras usam NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial. Em Belo Horizonte, e outras cidades, usa-se o nome CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental.

Nesta época, atentos com tal situação, experiências brasileiras marcantes foram registradas com a abertura de redes de atendimento no novo modelo proposto, com destaque para Santos/SP. A cidade instituiu o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), inspirado nas experiências basaglianas de Trieste/Itália, para o atendimento 24 horas ao dia, sete dias por semana, em substituição aos hospitais psiquiátricos.

Santos foi, assim, a primeira a substituir os hospitais psiquiátricos, no Brasil. Havia iniciado seus trabalhos em 1989 com um processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta⁶, e a construção de uma rede de serviços. O lema era ultrapassar o âmbito da assistência, com a problematização das relações humanas, a ética e, sobretudo, com uma defesa da cidadania. Promoveu-se um deslocamento da loucura, que saiu de um campo restrito e equivocado da doença para o campo da reinserção social. A estrutura rígida dos hospitais psiquiátricos foi substituída por serviços de portas abertas que buscam promover a circulação social do portador de transtorno mental.

Quanto a Belo Horizonte, este promoveu visitas aos serviços de Santos, no ano de 1992, com o objetivo de colher subsídios para montar uma nova proposta de trabalho. O projeto de saúde mental de Belo Horizonte foi então estruturado, com a proposta de uma prática centrada nas linhas gerais da integração e racionalização de recursos e na regionalização com ênfase no trabalho articulado em redes de atendimento.

O novo modelo busca uma relação horizontal intra e interinstitucional, e ações integralizadoras que possibilitem a participação ampliada (profissionais, familiares, usuários, comunidade) na consolidação da atenção psicossocial, com a promoção de um trabalho integrado a outros programas. A proposta visa realizar a desinstitucionalização,

⁶ Hospital psiquiátrico privado e conveniado ao SUS que atendia toda a baixada santista. Frente a denúncias de maus tratos aos pacientes, e de um elevado número de óbitos, este hospital sofreu, em 1989, uma intervenção da Prefeitura municipal.

com a concepção de formas de reconhecimento das peculiaridades territoriais, de superação de monopólios do saber, de envolvimento de múltiplos atores e potencialidades e de ativação de recursos disponíveis, alcançando o exercício do poder e a distribuição de responsabilidades de maneira pactuada. Na nova lógica, os serviços são regionalizados e responsabilizados pelo atendimento em saúde mental de seu território.

Às equipes interdisciplinares cabe a produção de um novo saber – tratar o portador de transtorno mental fora dos manicômios, para a inclusão social. A interdisciplinaridade é compreendida como recurso que tenta aproximar o distante, o estranho, com o familiar, por meio de um discurso racional, da reflexão entre as diversas disciplinas.

Contudo, há sempre o risco da reprodução de práticas burocratizadas/hierarquizadas que se tornam institucionalizadoras. O modelo vertical de administração pública, ainda predominante em algumas práticas, pode ser um dificultador da mudança proposta. Tal modelo traz em seu bojo uma organização do trabalho constituída em uma hierarquia rígida, que dificulta a integração das ações, tornando-as fragmentadas e pouco eficazes. Para que o trabalho em rede aconteça de uma forma articulada, torna-se necessário, então, romper com tal modelo.

Uma das tarefas seria identificar quais práticas exercidas nas unidades de saúde que compõem a rede buscam a superação da hierarquização dos sintomas. A prática centrada na hierarquização dos sintomas pode implicar em uma hierarquização dos serviços, comprometendo o trabalho articulado em rede. Outra tarefa é marcar qual é o verdadeiro papel que estas unidades de saúde podem desempenhar com as condições técnico-operacionais que lhes são impostas, enfim, com sua infra-estrutura.

Qualquer serviço que se propõe substitutivo aos manicômios há de possibilitar a circulação social do portador de transtorno mental entre diversas instituições e diversos

saberes, há de equipar seus dispositivos para que sejam capazes de promover a autonomia do portador de transtorno mental, que ao desenvolver suas potencialidades, torna-se menos tutelado, seja pela família, seja pelas instituições sociais. Contudo, sabe-se que é natural na implementação de uma política de saúde mental, como, aliás, de qualquer política social inovadora, a confrontação com inúmeros problemas, barreiras, resistências. Neste sentido, é preciso avaliar detidamente o funcionamento da rede de atendimento que se propõe, localizar seus problemas e buscar alternativas de enfrentamento.

A integração dos serviços de saúde mental na saúde pública oferece vários avanços/benefícios: um não a estigmatização do sujeito, pois, sua doença será tratada e terá lugar juntamente com as outras doenças; criação de vínculo com a unidade de saúde e com os profissionais; melhor acolhimento; maior facilidade de acesso; não afastamento de seu convívio social etc. Para a instituição devem ser considerados: tratamento mais econômico e eficaz⁷; maior cobertura assistencial; possibilidade de realizar parcerias com a comunidade, etc. Para que a integração aconteça, alguns aspectos merecem consideração:

- Capacitar os recursos humanos que trabalham na saúde geral;
- Equipes de profissionais de saúde mental formadas de acordo com a realidade populacional/epidemiológica do território;
- Integração entre os profissionais da saúde geral e saúde mental, para a formação de uma grande equipe de tratamento;
- Sistema eficaz de informação, monitoração, avaliação, etc.

Sabe-se que os projetos sociais acontecem quando se consegue transformar o conjunto de intenções em práticas concretas. A busca por recursos que estão fora do campo da saúde propriamente dito, fora das unidades de saúde, pode, na medida em que envolve

⁷ PBH/SMSA. *Proposta de Consolidação do Modelo Substitutivo de Saúde Mental*. Jan./2002.

outros atores, outras realidades, promover tais práticas concretas no que tange a reinserção social do portador de transtorno mental. A rede de atendimento proposta deve estar solidamente inserida no processo social para evitar uma reconexão com a exclusão.

A experiência da reforma do hospital psiquiátrico de Leganés⁸ demonstrou que, diante da complexidade do enfrentamento da loucura fora dos hospitais, é insuficiente apenas a criação de uma rede de serviços. Neste sentido, tornam-se necessários um preparo na utilização das técnicas psicoterápicas e a radical transformação da própria concepção de planejamento dos serviços. Os trabalhadores que são os operadores da reforma devem estar inseridos na nova lógica, bem como os usuários que recebem, agora, um outro tipo de tratamento. Outra questão: a desinstitucionalização traz à tona a questão da cronicidade e de seu enfrentamento. Os serviços e programas substitutivos devem estar adequados para o atendimento à situação dos crônicos. Há de se promover o contrário do que foi oferecido pela psiquiatria clássica, a saber, uma cronicidade calcada na evolução da doença, em sua duração e persistência, desconsiderando os aspectos subjetivos e sociais.

Fala-se aqui da cronicidade que pode estar presente nos novos serviços. Existe uma cumplicidade entre doença mental e instituição (Desviat, 1994), uma adaptação do doente à instituição (Goffman, 1970). As atividades de visitas domiciliares, programas de acompanhamento aos crônicos, realizadas nas “novas instituições” podem se caracterizar por formas ritualistas e rígidas onde prevalece uma diversificada oferta de atividades terapêuticas, em detrimento da escuta voltada para o sujeito em sofrimento.

As experiências realizadas em Astúrias, Andaluzia, Mavarra e Madri (Desviat: 1998) demonstram que a transformação da assistência ao portador de transtorno mental deve ser acompanhada de programas alternativos no atendimento a cronicidade. Programas estes que

⁸ Bairro de Madrid-Espanha

fazem parte de uma rede de assistência, e contemplam desde o atendimento à crise até o alojamento protegido, caso necessário. Tal estrutura amplia as possibilidades de intervenção, de inclusão social, na medida em que são envolvidos diversos atores com suas diferentes contribuições.

“O sistema sanitário e as ciências de saúde, até hoje ancorados em uma medicina reparadora, na mitologia da ‘cura’, devem experimentar novas respostas para reduzir essa cronicidade, talvez inevitável. Devem experimentar serviços amplos e flexíveis, coordenados com serviços sociais, centrados no atendimento e na reabilitação” (Desviat, 1999: 97).

Feitas estas considerações, é correto afirmar que na construção do novo aparato de tratamento do portador de transtorno mental, estão presentes dois aspectos: um diz respeito à doença mental, seus aspectos psicopatológicos, subjetivos (a clínica em si); o segundo, da ordem pública, está relacionado à condição de cidadania do portador de transtorno mental (sujeito-cidadão), seu convívio social. Para se alcançar “uma sociedade sem manicômios” há de se promover uma interlocução entre a clínica e a política. Separadamente, as duas vertentes não possibilitam a superação dos manicômios.

Quando a loucura se manifesta em sofrimento intenso ou insuportável para o sujeito, é necessária uma intervenção clínica, que deverá, obviamente, ser contrária à exclusão. Para alcançar o objetivo, uma clínica baseada na articulação dos diversos saberes (interdisciplinaridade) e que promova modificações na ordem pública de modo a prover um espaço para a loucura, pode ser mais pertinente.

Não é uma tarefa fácil. Há importantes questões a considerar: que tipo de cidadão é o louco e que modelo de cuidado o louco precisa? Elas remetem a uma definição de cidadania. Tomaremos a teoria de Marshall (1967) dos direitos civis, políticos e sociais⁹, a serem concedidos pelo Estado e/ou conquistados pelo movimento social. Sem considerar as especificidades da loucura, parece que o movimento antimanicomial propõe um alargamento dos direitos, sobretudo nos cuidados com a saúde. Então, o tratamento do portador de transtorno mental deve salvaguardar a dignidade pessoal e preservar, particularmente os direitos civis.

Ao analisar o modelo proposto e defender a necessidade de um incremento dos cuidados básicos, sobretudo, de um novo pacto social no qual seja possível a inserção social da loucura, Tabot (1979) denunciava, em seus estudos, a forma pela qual alguns estados norte-americanos procederam diante da liberação de pacientes internados. Encontravam-se portadores de transtorno mental em péssimas condições de vida, em estado de abandono. Na mesma linha de raciocínio Bachrach (1977) afirma ser incorreto deixá-los no abandono, assim com era inadmissível o manicômio.

Sabe-se que o manicômio não trata o portador de transtorno mental. Para superá-lo devemos enfrentar os problemas do processo de desinstitucionalização aqui descritos em três grupos:

- O primeiro diz respeito aos recursos econômicos. O fechamento de leitos psiquiátricos deve ser acompanhado de uma transferência de recursos para os serviços substitutivos, de forma a permitir o investimento em programas

⁹ Os principais direitos, segundo Marshall, são os direitos civis: garantia da liberdade individual; direitos políticos: garantia do direito de participar do governo; e direitos sociais: padrão razoável de bem estar econômico e de seguridade social.

comunitários de inserção do portador de transtorno mental. Trata-se de uma nova forma de gerenciamento dos recursos destinados ao modelo assistencial.

- O segundo diz respeito ao modelo assistencial, que deve ser orientado para o atendimento aos crônicos egressos dos hospitais psiquiátricos e àqueles casos graves de grande risco, da população mais vulnerável. Está relacionado, ainda, à formação técnica dos profissionais de saúde mental, que muitas vezes não estão preparados para atender a este tipo de usuário nos termos da proposta construída nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Os profissionais, devido ao despreparo técnico, podem tender a optar pela internação. Uma das estratégias seria uma maior pactuação com a academia, promovendo discussões para reformas curriculares que incluíssem esta nova lógica de tratamento.
- O terceiro, de uma forma direta ou indireta, diz respeito aos grupos precedentes. A sociedade não está preparada para aceitar o “louco” livre nas ruas. Temos ainda uma sociedade higienista, que encara o louco como um ser perigoso. Vários autores afirmam que é maior o número de casos de violência sofrida pelos portadores de transtorno mental, devido a sua vulnerabilidade social, do que o número de atos de violência praticados por eles. Esta questão envolve a mudança de comportamento e de visão tanto dos gestores e trabalhadores, como dos usuários, familiares, vizinhos, amigos, etc.

Esta organização dos problemas em grupos é apenas uma forma didática de apresentar a questão. A reforma psiquiátrica acontece através de uma gestão unificada de recursos públicos, com programas bem estruturados e definidos, com profissionais capacitados e com uma mobilização social que inclui a participação de vários e amplos segmentos sociais.

Existem diversas experiências que se apresentam de diferentes maneiras, no que se refere à reforma psiquiátrica. A experiência do processo de transformação psiquiátrica em Leganés aponta avanços importantes:

1. Ocorreu uma transferência de verbas quando do fechamento dos leitos psiquiátricos e, com esta transferência, foi possível criar um Instituto que englobou os diversos programas, buscando evitar a fragmentação na assistência;
2. Realizaram programas complementares de avaliação voltados para a psiquiatria pública;
3. Houve uma defesa veemente do atendimento prioritário dos pacientes agudos e dos crônicos;
4. Criou-se uma rede de atendimento e preparo dos pacientes para fazerem uso desta rede que conta com uma direção única, garantindo mobilidade e formação dos profissionais;
5. Os programas são sempre flexíveis atentos para evitar a cronificação das instituições;
6. Serviços regionalizados;
7. Clareza de que alguns pacientes precisarão de cuidados para o resto da vida (como, por exemplo, os diabéticos). Contudo, "permitir a esses pacientes que eles levem uma vida pouco exigente, mas digna, num meio não hospitalar (Lamb, 1979)."

A análise de tais pontos parece oportuna uma vez que o modelo adotado em Santos, que foi uma referência para Belo Horizonte, se pauta na experiência de Leganés. Outro instrumento interessante de análise é o relatório *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, publicado pela Organização Mundial de Saúde no ano de 2001, com o propósito de contribuir na construção de conhecimentos acerca do tema.

O relatório já considerava a necessidade de avaliar os serviços resultantes da reforma para assegurar uma boa qualidade de vida e melhor tratamento ao portador de transtorno mental. No documento, são citadas algumas maneiras de melhorar a organização dos serviços: inverter a atenção dada aos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos, desenvolver serviços comunitários de saúde mental, integrar os serviços de saúde mental na saúde pública e em outras políticas, maior disponibilidade de medicamentos e definição de papéis tanto no setor público como no setor privado.

Considera ser pertinente a meta final que é o tratamento fora dos hospitais, mas, ressalta que o fechamento repentino dos hospitais psiquiátricos sem um planejamento adequado pode trazer sérias conseqüências. Para alcançar este fim é necessário oferecer ao portador de transtorno mental, aos seus familiares e à comunidade um tratamento superior ao dos hospitais psiquiátricos. Portanto, é preciso investir na melhoria das condições de vida dos portadores de transtorno mental, capacitar os trabalhadores, estabelecer um sistema que evite as internações involuntárias e tratamentos inadequados, criar entidades de controle societário. São feitas dez recomendações:

1. Proporcionar tratamento no âmbito da atenção primária, para possibilitar melhor acesso da população e maior cobertura do sistema;
2. Garantir o acesso aos medicamentos psicotrópicos: os medicamentos são instrumentos para o tratamento, que asseguram melhor qualidade de vida, e portanto, devem estar disponíveis em todos níveis de atenção;
3. Garantir atenção na comunidade: os serviços de saúde mental devem acontecer na comunidade, possibilitando o exercício da cidadania;
4. Educação em saúde para a população, com a realização de campanhas educativas e sensibilização ao público;

5. Envolver as comunidades, as famílias e os usuários, que devem estar incluídos na formulação de políticas e tomada de decisões;
6. Estabelecer políticas, programas e legislação: etapas necessárias para a sustentação dos trabalhos;
7. Formar recursos humanos: buscar a capacitação de todos os profissionais das diferentes categorias profissionais;
8. Criar vínculos com outros setores: promover trabalho intersetorial;
9. Monitorar a saúde mental da comunidade criando indicadores que favoreçam a efetividade dos programas;
10. Dar mais apoio à pesquisa: estimular a pesquisa sobre os diversos aspectos da saúde mental - biológicos e psicossociais - a fim de melhorar a compreensão dos trabalhos, buscando intervenções mais efetivas.

1.3 - A proposta de trabalho em rede

Um dos pilares da luta antimanicomial é a socialização do portador de transtorno mental. Socialização esta buscada na proposta de serviços abertos (serviços substitutivos) para o atendimento ao portador de transtorno mental. Espera-se que os atuais serviços de saúde mental tenham maior possibilidade de inserção social, uma vez que, além de funcionarem de portas abertas, estão inseridos na comunidade, próximos à moradia de seus usuários. O rompimento do vínculo social, ocasionado pela internação nos manicômios, pode resultar no comprometimento da cidadania, na medida em que o indivíduo passa a sofrer uma exclusão social, tornando-se um estranho em sua comunidade de origem, ou até mesmo no âmbito familiar.

Outro aspecto relevante é a construção de novas práticas tecno-assistenciais produzidas pelos serviços substitutivos nas quais é imprescindível a articulação da clínica com a ordem pública. Para Lobosque (1998) cabe ao movimento antimanicomial estabelecer parcerias com os diversos segmentos sociais, que possam promover a inclusão social do portador de transtorno mental. Feitas tais considerações, é correto afirmar que se deve incentivar a cooperação social, em busca da eliminação da exclusão social sofrida pelo portador de transtorno mental, e para proporcionar a ele uma boa qualidade de vida.

Uma das apostas do projeto para superar as dificuldades impostas neste processo de desospitalização é a formação de uma rede de atendimento ao portador de transtorno mental. A lógica do trabalho em rede pode criar possibilidades de inclusão uma vez que um de seus principais componentes é a possibilidade de desenvolvimento e consolidação de diversas relações, destinadas a promover uma integração social e a criar espaços de conversações coletivas.

A assistência à saúde mental em rede busca criar um processo de trabalho contrário aos modelos médico-centrado e hospitalocêntrico. Modelos estes afinados com uma política neoliberal que privatiza a prática médica limitando-a à cura, colocando a prevenção como responsabilidade da saúde pública. Desde o final da década de 40, do século passado, temos, de forma marcante, a dicotomia assistência médica e saúde pública. A assistência médica baseada em ações pontuais e mercantilistas contrapõe os preceitos da saúde pública. Este modelo mostra seu esgotamento diante do aumento da demanda devido ao crescimento da miséria e a piora das condições de vida.

Tal visão dicotômica não está plenamente resolvida. Têm-se ainda presentes práticas que se restringem ao consultório, a clínica em si. Bem como processos de trabalho verticalizados nos quais só alguns decidem, e há pouca autonomia das unidades de saúde,

que resulta uma capacidade limitada de resposta dos serviços prestados. Configuram-se em ações pontuais que não consideram a realidade socioeconômica como integrante dos cuidados da saúde.

Um sistema de saúde verticalizado pode produzir uma relação de objetivação, tanto do usuário como do trabalhador. Merhy (1997) chama a atenção para o processo de objetivação do usuário, quando a cura fica reduzida à dimensão do corpo, cujos problemas são identificados apenas nos saberes estruturados pela ciência médica, que desprezam outros condicionantes do processo saúde/doença, como os sociais, subjetivos etc. No processo, o trabalhador também se torna objeto na medida em que fica reduzido a um depositário do suposto saber. O modelo se assemelha ao funcionalista, a um trabalho alienado, distante de considerar o usuário como um sujeito-cidadão, capaz de transformar a sua própria condição de vida e de deter e exercer direitos.

No final da década de 70, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, legitimada pelo encontro da Alma Ata/OMS, a linha que combate esta dicotomia ganhou eco. Defendeu a unificação das ações no nível ministerial e propôs uma hierarquização regionalizada dos serviços de saúde, de acordo com sua complexidade. Contudo, esta hierarquização proposta encontra suas bases numa racionalidade médica limitada que tem se revelado insuficiente para o equacionamento do problema.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a proposta de uma rede básica ultrapassaria a porta de entrada, ao buscar a integralidade das ações, ao mesmo tempo o lugar de encontro das práticas de saúde com as práticas sociais, promovendo uma boa qualidade de vida. Neste sentido, teria de ser inventada, incluindo um refazer do processo de trabalho.

A saúde pública se defronta com um desafio que é a extensão da cobertura e maior efetividade das suas ações. Para fazer frente ao desafio diversas experiências são registradas nos vários territórios. Toma-se a rede básica como um caminho para a construção de uma nova institucionalidade, que prevê a unificação do sistema e a produção de novas tecnologias que ultrapassem os modelos médico e burocrático. Considera-se que a rede básica apresenta mais possibilidades de um processo aberto que inclua outras práticas. Segundo Merhy (2002), a rede básica é “um espaço de trabalho em saúde.”

O princípio fundamental do trabalho em rede é que ele funcione em sistema aberto. É composto por várias unidades que trocam suas peculiaridades através de certas ligações, fortalecendo-se reciprocamente e fortalecendo todo o conjunto. Por exemplo: a rede de atendimento em saúde mental, formada pelas várias unidades de saúde e pelas várias equipes articuladas entre si, num movimento de intercâmbio, estará promovendo o fortalecimento de cada uma e o surgimento de movimentos que contribuam com a socialização do portador de transtorno mental, ampliando o debate acerca da loucura e defendendo os direitos do portador de transtorno mental.

O trabalho em rede, também, se caracteriza pela intensidade e extensão. A intensidade diz respeito ao envolvimento que cada unidade tem de seus atores, das atitudes pessoais que buscam a cada momento o aprimoramento do trabalho. Significa atuar nas necessidades que os usuários apresentam cotidianamente. A extensão significa expandir seus trabalhos para outros territórios, ampliando a discussão, fortalecendo a rede em seu conjunto. Ou seja, atuar externamente na possibilidade de criar novos modelos de atendimento, novas tecnologias, é um processo coletivo, uma práxis. Experiências demonstram que o trabalho em rede promove alterações nas relações sociais.

Procura-se implementar as mudanças por meio de uma rede básica como um lugar para a efetivação de práticas que recolquem a questão da assistência, incluindo práticas que além de acolher o usuário, busquem a promoção e proteção coletiva da saúde. Outro desafio é aliar os avanços das tecnologias a uma abordagem que contemple a subjetividade.

Podemos nomear, para fins de melhor compreensão, três momentos do trabalho em rede: (1) diversidade: conectar e integrar de maneira fecunda e criativa as ações realizadas, envolvendo associações, movimentos sociais, articulando recursos e consolidando projetos de ações; (2) integralidade: todos os objetivos são assumidos pelo conjunto, ou seja, por toda a rede e (3) realimentação: agenciamento de novas ações da própria rede, com o envolvimento de mais pessoas, para introduzir diversidades, possibilitar novas transformações.

É comum o uso do termo trabalho em rede nos tempos atuais. Delimitando esta terminologia, pode-se dizer que uma rede tem a ver com um conjunto de equipamentos, organizações, pessoas, etc., que interagem para a consecução de determinado fim. A relação é horizontalizada, todas as ações estão centradas em e são coerentes com uma política. As equipes são autônomas na gestão do processo de trabalho, co-geridas politicamente e autogeridas no aspecto tecno-assistencial. Este modelo denominado por Merhy (1997) de *redebasicocêntrico* se consubstancia na clareza que cada unidade deve ter da sua missão. Entendida por Tosta (1997) como resultado do diálogo entre a realidade externa e interna da instituição, entre as lideranças internas e os condicionantes externos, entre a política do Estado e a necessidade/demanda da população.

Tem como características: flexibilidade, planificação e controle descentralizado. Estabelece-se uma relação de compartilhamento de experiências, saberes, recursos, poder, etc., em um movimento de intervenção numa dada realidade, com objetivos bem definidos.

Pode se constituir em um processo no qual o trabalhador melhore suas habilidades agindo individualmente e em cooperação com os outros. Uma das exigências para que este aprimoramento aconteça é a completa e eficaz divulgação das informações, que fortalece a interação dos trabalhos. É preciso considerar que o respeito à diferença, à singularidade, e a ética são componentes essenciais na formação de uma rede.

O trabalho de saúde mental em rede está além do contorno da saúde pública. Seu recorte não é mais setorial, ganha proporções gerais, buscando resultados integrados. O tratamento acontece na cidade, então, este é o espaço para a identificação das diversas potencialidades, pois, é o lugar onde os portadores de transtorno mental passam a conviver, onde os problemas acontecem. Um planejamento de ações diferente desta perspectiva pode significar um retorno aos muros dos manicômios que limitava a doença mental. Era nos manicômios que as intervenções possuíam um caráter hierarquizado, compartimentado, rígido, sem integração. Acabar com os manicômios significa superar esta forma arcaica de trabalho, significa mudanças institucionais, significa ampliar as instâncias de participação.

As ações deixam de pertencer ao espaço manicomial para pertencerem a um determinado território. Os territórios não são formados pela população por acaso, e sim como conglomerados de pessoas que possuem alguma identificação, seja socioeconômica ou cultural. Incentivando a participação social poderemos perceber com maior clareza quais são as demandas e possibilidades de socialização do portador de transtorno mental, compartilhar informações, enfim obter uma construção coletiva da mudança que se propõe – “uma sociedade sem manicômios”.

2- O projeto de saúde mental de Belo Horizonte no Distrito Sanitário Barreiro

2.1 - A criação dos distritos sanitários

O Distrito Sanitário Barreiro¹⁰ é um dos nove distritos que compõem o sistema de saúde de Belo Horizonte (uma discussão sobre distritalização será feita posteriormente).

As eleições de 1992 constituem um marco na história política da capital mineira. Naquele ano foi eleito prefeito o candidato da Frente BH Popular, coligação que reunia os seguintes partidos: PT, PC do B, PSB, PPS e PV, e prometia alterar os rumos da assistência à saúde em Belo Horizonte. A equipe do governo foi formada por pessoas de grande capacidade técnica, oriundas de diversos movimentos sociais. Alguns deles defensores de bandeiras como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e outros que buscavam a construção de uma sociedade democrática com justiça social.

“Viemos pelo desejo de mudar a administração das coisas, dos bens, dos serviços, desta cidade, e reorientá-los num sentido mais partilhado, mais democrático, mais universal. Pelo desejo de distribuir mais largamente, de forma menos discriminante, o que Belo Horizonte tem de acumulado, de construído. Viemos para ajudar a criar uma forma de cultura urbana que incorpore a própria cultura do social, a dimensão do convívio e o traço da diferença. Foi para isso que viemos” (Souza, 1993).

¹⁰ A criação dos distritos sanitários está prevista na Lei 8080 de 19/09/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, organização e funcionamento dos serviços de saúde.

No que diz respeito à política de saúde preocupou-se em instituir uma lógica que proporcionasse o encontro das equipes, entre si, e com os usuários, de forma ampla, flexível e criativa. O sistema idealizado pelo então novo governo municipal deveria contribuir para que o usuário não fosse mais visto e considerado um agente passivo, mero receptor do que lhe era ofertado. Houve investimento em ações voltadas ao controle societário e em iniciativas que tinham em seu bojo a representatividade da sociedade no processo decisório. A proposta era de uma busca incansável pela cidadania.

A distritalização foi uma das estratégias adotadas, entre outros motivos, para atender a um dos princípios do sistema de saúde determinados pela Constituição Brasileira de 1988 – o de descentralização de ações.

Belo Horizonte já registrava algumas experiências, desde 1989, de distritalização dos serviços próprios. Naquele ano, foram efetivadas as nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), responsáveis pelo planejamento das políticas públicas locais: educação, saúde, controle urbano, manutenção, cultura, esportes, assistência social e outros.

Hoje consolidadas pelas comunidades locais como “sub-prefeituras”, cada uma das regionais têm um distrito sanitário. Contudo, naquela época ainda não havia clareza do papel e função destes distritos. Um acontecimento importante foi a municipalização da rede básica de saúde, antes gerenciada pelo Governo do Estado, por meio da Secretaria da Saúde.¹¹ O

¹¹ A municipalização foi uma tomada de responsabilidade e gestão pela prefeitura dos serviços de saúde prestados pelo governo estadual. Teve como base a Constituição de 88 que prevê a competência municipal na prestação dos serviços de atendimento à saúde da população, no entendimento de que o cidadão convive é no município.

processo foi concluído também em 1992 e possibilitou maior uniformidade nos serviços prestados.

Em 1993, já sob a nova administração municipal, a distritalização da saúde chega aos serviços conveniados e contratados, baseada em critérios como a territorialidade, e seus índices epidemiológicos.¹² A territorialidade se define por atividades diferenciadas que são decorrentes dos aspectos socioeconômicos, da acessibilidade, dos custos do transporte, etc. Pode-se dizer que quanto maior for a cidade mais diversificada será e, portanto, com maior número de territorialidades. Os problemas e soluções de cada território são diferenciados e, por consequência, seus programas também deverão ser.

“O território é produto da dinâmica onde se tencionam as forças sociais em jogo. Uma vez que estas tensões e conflitos sociais são permanentes, o território nunca está pronto, mas sim, em constante transformação.... Um espaço construído pelas forças sociais”(Cunha, 1995).

Com a nova ótica, os distritos sanitários, coordenados pelo nível central – a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) – , passaram a ser responsáveis pelo gerenciamento do sistema de saúde em seu território. Hoje, são compostos por diversos equipamentos (unidades de saúde, unidades de atendimento a urgências, centro de referência em saúde mental, centro de convivência, centro de atenção à infância e adolescência, centro de referência em saúde do trabalhador e farmácia distrital) e serviços comprados. Para sua

¹² A epidemiologia é utilizada como instrumento de planejamento tanto para a qualificação necessária dos recursos humanos, como para a relação profissional por número de habitantes, para a área física necessária, equipamentos necessários, enfim para o delineamento do modelo assistencial pretendido.

operacionalização se estruturam através da vigilância sanitária, epidemiologia, controle de zoonoses, sistema de informações e outras atividades meios: recursos humanos, serviços gerais e transporte.

Às unidades de saúde coube a responsabilidade pela saúde da sua área de abrangência¹³, os trabalhos passaram a ser consolidados em base territorial-populacional, com um conhecimento epidemiológico de cada território – ou área de abrangência, como são nomeadas pelo sistema municipal de saúde. Esta metodologia possibilitou maior precisão na identificação da população de risco - segmentos sociais expostos a riscos ou agravos da saúde -, propiciando o planejamento de ações prioritárias.

2.2- O Distrito Sanitário Barreiro

O I Seminário de Saúde do Barreiro, em 1988, foi marco inicial para a implantação de um distrito sanitário na região, ao incentivar debates sobre a distritalização da saúde, destacando a participação popular no processo, e, principalmente ao determinar a implantação da Comissão de Saúde do Barreiro, que tinha a missão de aprofundar tal discussão.

Diante dos resultados de tal seminário, em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), reiniciou as discussões sobre a implantação dos distritos sanitários e elegeu o Barreiro como a primeira regional a implantar o distrito. A efetivação dos demais distritos foi promovida, gradualmente, ao longo do mesmo ano.

¹³ Cada unidade de saúde tem sua área de abrangência delimitada geograficamente tendo em média 20.000hab. Estas áreas de abrangência são subdivididas em micro-áreas buscando uma maior vinculação da unidade de saúde com o usuário.

Em 1991 a SMSA realizou oficinas de trabalho com o objetivo de implantar um modelo assistencial com bases territoriais. Os distritos sanitários passam a serem compreendidos como – “*processo social de mudança das práticas sanitárias*” (Mendes, 1994). Tal compreensão provocou um olhar mais crítico quanto ao processo saúde-doença.

Em 1993, a questão da reorganização do processo de trabalho ganhou força com a reestruturação dos serviços de saúde, concentrando esforços no “fazer profissional” como resultado do saber, da competência e das crenças do trabalhador. O “fazer profissional” aqui colocado deve ser entendido como um ato privado (do trabalhador) para o público (conjunto de pessoas que recebe este ato). Sendo assim, cabe ressaltar, não bastava à instituição elaborar e declarar um plano com uma nova lógica de trabalho. Este plano somente seria concretizado com o interesse e compromisso do trabalhador, neste sentido, tornava-se importante ampliar os espaços de decisões e gestão.

No Barreiro, buscou-se a adesão e envolvimento dos gerentes de unidades básicas e de usuários, na consolidação do modelo. Várias reuniões, com gestores, trabalhadores e usuários, foram realizadas, o que permitiu o intercâmbio de experiências e saberes e, portanto, a produção de novos aprendizados.

A metodologia de gestão colegiada, no entanto, encontrou limites na estrutura burocratizada da instituição. Na tentativa de superar as barreiras, o Distrito Sanitário Barreiro, no período de 1993-1996, utilizou alguns instrumentos de gestão: informações epidemiológicas para o planejamento e acompanhamento das unidades de saúde e das ações desenvolvidas; divulgação e democratização dos bancos de dados de produção dos profissionais; estabelecimento de momentos contínuos de avaliação, para a identificação de conteúdos e de sujeitos potenciais de transformação.

Já em 1994, a equipe distrital reconheceu alguns avanços: constituição de um colegiado de gestão composto por gerentes de todas as unidades de saúde, técnicos de referências e chefias de serviços, realização da II Conferência Distrital, e realização do Curso de Especialização de Gerência de Unidade Básica de Saúde (GERUS), que foi promovido pelo nível central para toda a cidade.

Alguns projetos também foram desenvolvidos, com destaque para a criação do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT), a reorganização da policlínica e da assistência odontológica, a implantação do projeto de vigilância à mortalidade infantil e a melhoria na organização do trabalho da sede do Distrito Sanitário Barreiro.

2.3- A implantação do projeto de saúde mental em Belo Horizonte/Distrito Sanitário Barreiro

A realização na capital mineira, em junho de 1979, do Seminário de Psiquiatria Social, com a presença do especialista francês Franco Basaglia, pioneiro do movimento mundial pela Reforma Psiquiátrica, impulsionou de maneira decisiva o debate sobre o modelo vigente em Minas Gerais – marcado, como já dito em capítulo anterior, pela presença dos manicômios. As duras críticas feitas durante o evento e as transformações no sistema de atendimento ao portador de transtorno mental em curso em outros estados, como São Paulo e Rio Grande do Sul, geraram efeitos imediatos em Minas, com a adoção de medidas de humanização dos hospitais psiquiátricos públicos. Contudo, embora o Ministério da Saúde tivesse lançado a Portaria 3108 de 21.12.82 que instituía o Programa de

Reorientação de Assistência Psiquiátrica – Plano CONASP, alguns hospitais privados mantiveram-se à margem deste processo de transformação.

Compreendendo que não bastava humanizar os hospitais psiquiátricos, tratava-se de substituí-los, o Ministério da Saúde lançou, em 1992, a Portaria GM 224, criando os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS). Os CAPS eram “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contavam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecessem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Antes mesmo da edição desta portaria, a cidade de São Paulo inaugurou, em 1986, o primeiro CAPS brasileiro – CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Inicia-se, a partir de então, um movimento de inaugurações de vários outros CAPS, uns com nome de NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), ou de CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental). No início dos anos de 1990, existiam no Brasil alguns poucos serviços extra-hospitalares, de uma forma tímida. Nesta década outras medidas administrativas foram realizadas - Portaria 189 de 19/11/91, que alterou o financiamento das ações de saúde mental; Portaria 321 de 03/07/92, que criou o grupo de trabalho para propor valores dos procedimentos realizados; Portaria 63 de 30/04/93, que introduziu o grupo de acompanhamento e avaliação da assistência psiquiátrica hospitalar; e a Resolução CNS de 02/12/93, que constituiu a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica. Vale destacar a importância das Portarias 407 e 408/93 que propuseram o recadastramento dos estabelecimentos hospitalares, fixando uma remuneração proporcional à qualidade dos serviços prestados, contribuindo para que aumentasse o repasse de verbas para os serviços substitutivos.

Em setembro de 1990, o Distrito Sanitário Barreiro era responsável pelo maior número de internações no Hospital Galba Veloso e o sétimo no Instituto Raul Soares, respondendo pela segunda maior demanda de internação em Belo Horizonte. O Sistema Único de Saúde na cidade ofertava 2.400 leitos psiquiátricos. A assistência em saúde mental no Distrito Sanitário Barreiro, à época, era composta por três assistentes sociais, cinco psicólogos, dois psiquiatras e um enfermeiro. Dos quinze centros de saúde que compunham a rede de atendimento, apenas três tinham equipes de saúde mental (Lindéia, Tirol e Barreiro).¹⁴

Para buscar subsídios que contribuíssem com um processo de reformulação assistencial foram analisados os atendimentos realizados, entre maio a junho de 1991. Constatou-se que havia maior concentração de atendimentos em saúde mental para usuários na faixa etária de 25 a 40 anos; e entre aqueles de sete a 12 anos eram majoritários os casos de “dificuldades de aprendizagem”. Notou-se ainda grande número de atendimentos ao público feminino, o que na época foi atribuído ao horário de funcionamento do serviço nos centros de saúde (7 às 15 horas), ou a fatores culturais ligados a gênero (“homem não reclama”).

“A casa é o único espaço privado de sua vida. Lá a atividade é rotineira, sem gratificação financeira ou simbólica: ausência de prazer e de criação, com baixo teor de significado, grande retorno de stress e proliferação de sintomas generalizados. Trata-se de mulheres com escassas ou nulas relações sociais, dedicadas a um único trabalho realizado solitariamente, isoladas no seu cotidiano. É a

¹⁴ BELO HORIZONTE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário Barreiro et al. *Proposta preliminar de reorganização da atenção em saúde mental*. Dezembro, 1991.

depressão do cativo somada à depressão da mulher como emergente de papéis tradicionais – mãe, esposa e dona de casa – que se caracteriza pelo clássico conjunto de tristeza, abatimento, desesperança, desamparo, ansiedade, perda de interesse por qualquer tipo de atividade diferente e pelo conjunto de sintomas físicos (PEREIRA, 2000: 209).

A morbidade registrada no controle de produção, executado pelos funcionários no Centro de Saúde Barreiro, era predominantemente relacionada aos casos de neuroses (27,6%), seguidos de demências, oligofrenias, seqüelas provocadas por acidente vascular cerebral ou traumatismo craniano e epilepsias. Já nos Centros de Saúde Lindéia e Tirol, além das neuroses e psicoses, 12,9% e 16,3%, respectivamente, a morbidade era provocada por distúrbios emocionais da infância e adolescência, e 6,5% no Lindéia e 6,1% no Tirol dos casos eram decorrentes de distúrbios neurológicos.¹⁵

Os atendimentos eram realizados para aqueles que procuravam os centros de saúde, e grande parte desta demanda ficava sem atendimento por falta de horário nas agendas dos profissionais. Este congestionamento impedia que os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos chegassem aos serviços, o que provocava por vezes várias reinternações, em média de 50 a 60% dos casos. Outro fator observado foi a cronicidade dos usuários, era baixo o número de altas, dificultando a inserção de casos novos.

Vale ressaltar que o quadro da assistência em saúde mental de Belo Horizonte, naquela época, não diferia muito do de outros municípios marcados pela cultura manicomial. Os profissionais, inquietos com este modelo de atuação, começaram a se articular, surgindo então o Movimento Mineiro de Trabalhadores da Saúde Mental, que

¹⁵ Idem

questionava o modelo de tratamento manicomial ainda preponderante e reivindicava melhores condições de trabalho.

Um grande avanço conquistado pelo movimento foi a implantação de associações de usuários dos serviços de saúde mental. No final de 1991, havia 12 associações de usuários, número que atualmente é dez vezes maior. Em Belo Horizonte fundou-se a Associação dos Usuários de Saúde Mental (ASSUSAM), e o Fórum Municipal de Saúde Mental. No Barreiro, foi criado o Conselho dos Usuários de Saúde Mental do Barreiro (CAUB). Entidades que contribuem, ainda hoje, para que se altere o Estatuto Social do Portador de Transtorno Mental.

Em dezembro de 1991, uma equipe composta por técnicos do Distrito Sanitário Barreiro, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), da Diretoria Metropolitana de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, elaboraram uma “*Proposta Preliminar de Reorganização da Atenção em Saúde Mental*”. Utilizando os dados dos atendimentos de urgências e internações dos hospitais psiquiátricos Galba Veloso e Instituto Raul Soares, do mês de setembro de 1990, traçou-se um diagnóstico parcial dos usuários, que apontou para a necessidade de ampliação das equipes de saúde mental, implantação de um Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM e implantação de um Centro de Convivência para os portadores de transtorno mental.

Esta proposta tinha como objetivo: “*Reorganizar a atenção à saúde mental no Distrito Sanitário Barreiro, desenvolvendo formas totalmente substitutivas à internação em hospital psiquiátrico, através de níveis diferenciados de complexidade*”.

Para alcançar o ambicioso objetivo, algumas condições foram colocadas:

- *“Decisão política no nível das instituições envolvidas: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais/FHEMIG;*
- *Lotação de recursos humanos necessários e desenvolvimento de processo de capacitação para adequação do perfil;*
- *Alocação de recursos materiais (equipamentos, material permanente, material de consumo) suficientes para o desenvolvimento das atividades previstas);*
- *Implantação de um sistema de informação adequado ao processo de avaliação e acompanhamento da assistência prestada no momento da sua operacionalização;*
- *Estabelecimento de fluxo compulsório de informação entre os hospitais psiquiátricos e o Distrito Sanitário Barreiro para detecção e conhecimento de todas as altas de pacientes da região do Barreiro. Tal fluxo pode ser estabelecido por:*
 - *Notificação passiva dos hospitais para o Distrito Sanitário Barreiro;*
 - *Busca ativa nos hospitais psiquiátricos;*
- *Definição de 15 leitos na enfermaria geral do Hospital Júlia Kubitshek reservados exclusivamente à utilização do serviço de saúde mental do Barreiro com a emissão de AIH(s), realizadas através do Centro de Referência em Saúde Mental do Barreiro ou do serviço de urgência do Hospital Júlia Kubitschek.”*

Até 1993 a assistência em saúde mental na cidade de Belo Horizonte era constituída, também, por uma rede hospitalar que absorvia a maior parte dos casos considerados graves. Situação atribuída à indisponibilidade de agenda dos profissionais para inserção de casos novos. O que se via era um grande público absorvido pelas internações hospitalares (nas redes: pública e privada), tratado de forma até mesmo desumana, que provocava sua exclusão social. Os profissionais de saúde mental sequer trabalhavam de forma integrada à

equipe da unidade de saúde a que pertenciam. Não havia uma proposta de trabalho com diretrizes e princípios bem definidos. Percebia-se a sobrecarga dos profissionais, e os resultados do trabalho realizado por eles tinha pouco impacto social.

Os distritos sanitários tinham conhecimento de tal situação, mas encontravam dificuldades de atuação, em função da autonomia exercida pela assistência em saúde mental. Característica que dificultava e, às vezes, impossibilitava a interlocução. Para alcançar os objetivos propostos era preciso organizar o processo de trabalho, com a desmistificação do saber, a partir do entendimento de que as disciplinas não são estanques, se articulam, combinando instrumentos e técnicas numa estratégia de assistência mais integral ao portador de transtorno mental.

Quando a Frente BH Popular assumiu a administração municipal, o Movimento Mineiro de Trabalhadores da Saúde Mental apresentou um projeto de assistência à saúde mental coerente com as propostas elaboradas pelo novo governo no período da campanha eleitoral. Este período foi marcado por uma intensa interlocução entre a administração municipal e o movimento.

Vários seminários, cursos de capacitação, visitas a outros serviços, publicações de periódicos, foram realizados com a participação dos gestores, trabalhadores, usuários e familiares. O Projeto de Saúde Mental foi então construído, tendo como base as diretrizes e os pressupostos teórico-políticos presentes no Projeto de Lei 3657/89, apresentado ao Congresso pelo deputado Paulo Delgado. Outra importante característica deste Projeto é o respeito dado ao sujeito do inconsciente, a forma singular de tratamento da loucura. Neste sentido, teve e tem grande influência da psicanálise.

O Projeto de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte foi implantado em 1993, com ênfase em uma gestão participativa na consolidação de suas

diretrizes. O Distrito Sanitário Barreiro foi escolhido, como já dito, para a implantação do projeto piloto. A população foi convocada para a discussão de seus princípios e diretrizes, tornando-se parceira ativa de um processo de transformação social, supostamente capaz de possibilitar o acesso do portador de transtorno mental a um tratamento de qualidade, sem exclusão.

Castilho (2004) cita depoimento^{7s} do então Secretário Municipal da Saúde, que destaca a concepção teórica do Projeto de Saúde Mental:

“Santos fez a experiência muito parecida com Trieste, os NAPS são os serviços fortes de Trieste. Nós fizemos um caminho um pouco diferente, a influência marcante é sobre o ponto de vista de organização de serviços sobre ponto de vista de política de saúde mental. A concepção é a psiquiatria democrática italiana. Agora, em Minas você pode colocar duas palavras-chaves: a questão da cidadania – trabalhar para atender respeitando os direitos de cidadania, a clínica só pode ser feita com o pressuposto do respeito à cidadania. Não há como a gente fazer clínica de outra forma. Nós radicalizamos isto. O sujeito que nos procura é o sujeito de pleno direito, de pleno dever. Em Minas Gerais, a influência da psicanálise é grande. Grande parte do pessoal que trabalha na rede tem formação analítica, e a formação analítica predominantemente lacaniana. Houve uma

articulação aí dessa posição política e dessa forma de estruturação da rede. Uma articulação da psicanálise lacaniana, que se refere à questão do sujeito (o sujeito e o inconsciente) e a psiquiatria democrática italiana. Essas duas, são fundamentais influências (Campos,1998:326).

Tendo sempre como eixo norteador o rompimento com o modelo hospitalocêntrico, várias modalidades de tratamento foram implantadas. A reorganização dos serviços buscou superar a fragmentação, na busca de uma prática inclusiva. Foi instituída uma rede de atendimento em saúde mental, composta pelos seguintes equipamentos: CERSAM, Centro de Convivência, Centros de Saúde e Centro de Referência para a Infância e Adolescência (CRIA), trabalhando de forma articulada.

Na implantação desta rede de atendimento várias dificuldades foram encontradas: profissionais resistentes às mudanças em curso, falta de recursos para implantação simultânea de todos os CERSAM necessários para atender a cidade, dificuldade de alguns distritos sanitários em assumir as novas diretrizes de trabalho, falta de esclarecimento para alguns gerentes de Centros de Saúde, aspecto inovador de uma proposta articulada com outras secretarias (prática intersetorial), etc.

No enfrentamento destas questões houve algumas importantes iniciativas: 1) maior articulação da Secretaria Municipal de Saúde com os movimentos populares, 2) realização de Conferência, 3) desfile no dia 18 de maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial que se constitui em um apoio aos movimentos desta luta.; 4) instituição da Portaria Municipal assinada pelo Secretario de Saúde e publicada em 05/01/96 que proibia novas internações

psiquiatras em hospitais com mais de 250 leitos; 5) fortalecimento das supervisões hospitalares que prestam um acompanhamento próximo na assistência realizada pelos hospitais psiquiátricos, etc.

O CERSAM como um dos equipamentos desta rede poderia ter papel articulador, contribuindo na formação dos vários “nós” que compõem uma rede e a tornam resistente; buscando junto com os outros equipamentos, recursos em outras redes que contribuam para a autonomia do usuário e a promoção e estreitamento de laços sociais.

2.3.1 O CERSAM

Os CERSAM são equipamentos regionalizados que funcionam, de portas abertas¹⁶, para o atendimento de adultos psicóticos e neuróticos graves¹⁷, em crise. Sua existência se justifica em função da ruptura de laços sociais ocasionada pelas crises – fator histórico para a entrada do portador de transtorno mental no circuito manicomial. Estes equipamentos funcionam na perspectiva da política de saúde mental do município de Belo Horizonte, que preconiza a intervenção ágil junto ao portador de transtorno mental, quando há ameaça de ruptura dos laços sociais.

Para tanto, em substituição à tecnologia antes empregada, de isolamento social, uso indiscriminado das contenções química e física (“*calar o sujeito que sofre*”), os CERSAM pretendem realizar uma atuação dentro da lógica antimanicomial, com o cuidado intensivo construído no caso a caso, envolvendo o portador de transtorno mental, a família, os

¹⁶ Funcionar de portas abertas significa que o portador de transtorno mental tem sua entrada e saída permitida, significa também que todo aquele que procurar o serviço será atendido.

¹⁷ O trabalho não se prende a quadros nosológicos, mencionam-se psicóticos e neuróticos graves apenas para definir aqueles casos que apresentam um quadro persistente e grave necessitando do aparato de um serviço mais complexo que possa oferecer um cuidado intensivo, particularizado e promotor da vida.

equipamentos sociais e os profissionais, na proposta de tratamento individual. Têm como recursos terapêuticos que são oferecidos e utilizados em cada caso separadamente, em respeito à singularidade: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para familiares, atividades culturais, reuniões com os usuários, permanência-dia, medicação domiciliar, visitas domiciliares e oficinas. Estar em tratamento no CERSAM não significa ficar no CERSAM o dia todo, ou parte dele. A permanência e utilização dos recursos terapêuticos pelo usuário no CERSAM, também, está inscrita na singularidade do caso.

A escolha do nome do serviço de urgência para o atendimento ao portador de transtorno mental – Centro de Referência em Saúde Mental – demonstra de maneira clara a intenção de se promover um trabalho em rede (Max, 2003). O lugar em que se pretende colocar o atendimento das urgências/crises é um Centro, “posição de meio” (Aurélio). Para ser meio é preciso de arredores. Com este meio e seus arredores (unidades básicas de saúde) se forma uma rede de atendimento em saúde mental. Mas, além de ser Centro, o equipamento é também Referência. Então, completando o raciocínio, é lógico dizer que os CERSAM foram planejados para ser espaço no qual ocorre o “*ligamento de coisas*”, tendo como operador a Referência – “*relação que existe entre certas coisas*” (Aurélio).

O atendimento prestado pelo CERSAM tem dois eixos: um clínico, propondo novas formas de tratamento, buscando uma sustentação nos momentos de crise que prescindam dos hospitais psiquiátricos. Nesta nova lógica, a família e a comunidade são importantes tanto no acolhimento, como na eliminação de preconceitos que caracterizam a loucura como algo perigoso. Outro eixo é o político. Busca a cidadania e a assegura o convívio social. Para tanto, os objetivos são:

- *“Prestar atendimento 12 horas/dia aos pacientes que necessitem, e às urgências psiquiátricas;*
- *Prestar atendimento 24 horas aos pacientes inscritos no programa;*
- *Promover ações que resgatem o paciente em crise do seu processo de desvinculação, com a realidade buscando remetê-lo à vivência do cotidiano, das relações de troca de experiências;*
- *Dar suporte terapêutico à família;*
- *Promover discussão com a comunidade e grupos mais organizados sobre a questão da loucura;*
- *Promover discussões com grupos sociais (família, vizinhança, local de trabalho) onde o paciente se insere, no sentido de manter sua vinculação a estes “.* ¹⁸

Este equipamento funciona em regime de plantão de referência, composto por um psiquiatra, técnico de nível superior (assistente social, enfermeiro, psicólogo ou terapeuta ocupacional), auxiliares de enfermagem e profissionais de apoio (administrativo e limpeza). Tal regime é baseado no conceito psicanalítico de transferência. O plantão atende àquele que chega ao serviço, escuta sua demanda e, junto com ele, constrói um projeto terapêutico. O usuário terá, então, como referência para suas questões e tratamento esta dupla, que por sua vez se responsabilizará, junto à equipe, pela condução do caso. A intenção é dar a cada tratamento a noção de singularidade, responsabilização, de forma diferente dos hospitais em que, por vezes, o paciente não sabe nem a quem se dirigir para uma simples solicitação da vida cotidiana, ou, em situações mais drásticas, não sabe sequer o nome dos profissionais que o atendem.

¹⁸ Projeto CERSAM – Distrito Sanitário Barreiro, junho/1992.

Superado o momento da crise, o usuário é encaminhado ao Centro de Saúde mais próximo de sua residência. Busca-se tratar o portador de transtorno mental no nível local, comunitário, onde é possível acessibilidade rápida ao serviço. A estratégia visa possibilitar maior autonomia ao portador de transtorno mental, mantendo-o no seu ambiente social, e próximo de mecanismos locais de apoio e de possíveis parcerias. A intenção é promover uma circulação do usuário entre os diversos dispositivos. Os Centros de Saúde também são indicados para os casos que podem ser tratados dentro de sua estrutura organizacional.

Lobosque e Abou-Yd (1998) ao analisar a composição desta rede de assistência à saúde mental consideram que os CERSAM devem funcionar em uma posição de meio, se caracterizando como intermediário deste trabalho coletivo que não se propõe a ser uma complementaridade aos hospitais psiquiátricos e sim a sua substituição.

O CERSAM-Barreiro foi implantado em maio de 1993, no mesmo prédio da antiga policlínica¹⁹, com horário de atendimento entre sete às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados²⁰. Nos finais de semana e feriados, funcionam com escala mínima para o atendimento somente àqueles usuários que necessitam de um acompanhamento mais próximo, e para o atendimento da demanda externa.

Sentindo a necessidade de implementação de uma nova tecnologia assistencial, o CERSAM-Barreiro instituiu, no ano de 1994, o Núcleo Pró-Formação e Pesquisa. Tal Núcleo teve como metas a investigação, a pesquisa e a formação, produzindo um seminário

¹⁹ Ao alocar o CERSAM no mesmo prédio da policlínica, o Barreiro inaugura uma prática inovadora muito coerente com os princípios antimanicomiais que é o atendimento à urgência do portador de transtorno mental junto com as outras urgências da saúde. Porém, esta prática encontrou seu limite no tamanho do espaço físico, que era inadequado, pequeno para o que se propunha.

²⁰ Existem 03 tipos de CAPS/CERSAM de acordo com a classificação do Ministério da Saúde: CAPS I – para municípios com população entre 20000 e 70000 hab., e que funciona das 8 às 18 horas de segunda à sexta-feira; CAPS II para municípios com população entre 70000 e 200000 hab e que funcione de 8 às 18 horas de segunda à sexta-feira; CAPS III para municípios acima de 200000hab. e que funcione 24 horas diariamente, também nos feriados e fins de semana.

“Urgência sem manicômio” em maio e junho daquele ano. O encontro teve como tema: *“A Construção de um saber, o diagnóstico da crise, a abordagem da crise e a clínica da referência”*. Na época, já eram 600 as pessoas inscritas no CERSAM-Barreiro. No seminário, vários avanços foram assinalados, outras tantas questões colocadas, por exemplo, quanto a resolutividade e às implicações para o usuário e para a comunidade da nova proposta; quanto à estrutura necessária para absorver a demanda, possibilitando uma abordagem do paciente em crise.

Em julho de 1996, novo seminário é promovido pelo mesmo Núcleo, com o tema *“Dispositivos de Tratamento em Saúde Mental na Rede Pública - Construindo um Projeto”*.

2.3.2 Os Centros de Saúde

As equipes dos centros de saúde, dentro dos mesmos princípios de transferência, responsabilização, e, portanto, singularidade, foram designadas para o atendimento ambulatorial dos moradores do seu território e dos pacientes egressos do CERSAM após receberem alta.

Nomeadas como unidades básicas do sistema municipal de saúde, as equipes têm, de fato, a função básica de deslocamento do cuidado em hospitais psiquiátricos para o tratamento na comunidade. Assim, ocupam lugar estratégico para a inversão da lógica de assistência.

A noção de território favorece a formação de laços sociais do portador de transtorno mental. É no seu território que a assistência acontece fugindo da medicina convencional, e abarcando outras atividades: oficinas, reuniões comunitárias, reuniões com familiares, com

usuários, etc. O saber do tratamento não compete mais somente à psiquiatria e se constrói no compartilhamento com outros saberes: assistência social, enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, todos voltados para um trabalho em equipe, numa lógica interdisciplinar.

Segundo Barreto, a prática ambulatorial potencialmente contribui para a inserção social na medida em que, preservando o sujeito em sua comunidade, pode contribuir para não interromper suas atividades profissionais, vínculo familiar, além de estabelecer uma visão mais realista da cotidianidade. Outros facilitadores: é ofertado um serviço em que o sujeito pode buscar o tratamento em fase precoce da doença; a proximidade assegura uma continuidade no tratamento e, portanto, reduz a recaída; permite uma prática interdisciplinar e uma parceria com a comunidade.

A atuação integrada exige que as equipes tenham conhecimento dos trabalhos realizados nos demais equipamentos, promovendo uma interlocução, que possibilite o acompanhamento dos casos com responsabilidades compartilhadas.

2.3.3 Os Centros de Convivência

O centro de convivência constitui, como o próprio nome diz, um espaço de convivência para os portadores de transtorno mental, onde possam frequentar oficinas e participar de outras ações que ajudem a promover sua inserção social. Em tais equipamentos, o usuário é convidado a produzir e a participar de atividades que podem, inclusive, gerar renda.

2.3.4. O CRIA

Centro de Referência para Infância e Adolescência (CRIA) é um espaço semelhante ao CERSAM, para atendimento do público infantil. Recebe os autistas, psicóticos e neuróticos graves, todos aqueles que por suas condições tenham dificuldades em estabelecer laços sociais. O Ministério da Saúde nomeia estes serviços como CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial à Infância). Os princípios e diretrizes dos trabalhos são os mesmos dos CERSAM, trabalhando de uma forma articulada com outros serviços e outras redes: educação, assistência social, esporte lazer e turismo.

No Barreiro, o CRIA atende toda a demanda infantil e adolescente. Sua maior demanda vem das escolas (31%) seguidas pelos Centros de Saúde (22%)²¹. Os atendimentos acontecem em grupo e individualmente, com as crianças e os pais, de acordo com o caso.

Diante do grande aumento da demanda, decorrente da ampliação da capacidade de diagnóstico dos transtornos mentais, os profissionais do CRIA, junto com a Coordenação de Saúde Mental, vêm implementando mudanças no fluxo de atendimento. A porta de entrada no sistema para a criança ou adolescente portador de transtorno mental passa a ser o Centro de Saúde, bem semelhante ao atendimento do adulto. O CRIA está sendo transformado em uma Equipe de Atenção à Saúde Mental da Criança e Adolescente, recebendo somente os casos graves e em crise.

A rede de atendimento do Barreiro, hoje, é composta por: CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental), sete equipes de saúde mental (Centros de Saúde: Bairro das Indústrias, Centro de Saúde Milionários, Centro de Saúde Tirol, Centro de Saúde Vale do

²¹ De acordo com um estudo realizado pela atual equipe do CRIA-Barreiro

Jatobá, Centro de Saúde Independência, Centro de Saúde Lindéia e Centro de Saúde Miramar), um Centro de Convivência, e um CRIA.

2.4 - Programa da Saúde da Família, uma parceria promissora

O Programa Saúde da Família – PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, buscando alcançar melhor qualidade nos serviços prestados. Sendo uma das prioridades do governo federal para a reorganização dos serviços de saúde, sua implantação é hoje estimulada nos diversos municípios. O programa pretende superar o modelo fragmentário de saúde ainda vigente, que se mostra ineficaz; e a forte natureza hospitalar e médica dos serviços, voltados exclusivamente para as formas curativas. O PSF tem como objetivo:

“reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.”²²

O Programa Saúde da Família tem algumas similaridades com o Projeto de Saúde Mental. Como já dito, na saúde mental tem-se o profissional de referência que irá junto com

²² Programas e Projetos – Saúde da Família; MS, 1998; pág. 1. (disponível na internet, site do MS)

a equipe traçar o projeto terapêutico. No PSF há a responsabilização da equipe por um número determinado de famílias, a busca da garantia dos direitos de cidadania, o enfoque intersetorial, a abordagem familiar, o controle societário, o trabalho em equipe interdisciplinar. Portanto, as condições postuladas pelo PSF contribuem para que o processo saúde/doença possa ser considerado em seus diversos aspectos.

O programa tem como foco de trabalho a família, o que muito poderá contribuir com a formação de laços sociais do portador de transtorno mental. A reabilitação começa na família, no espaço íntimo, na redefinição de relações. A família é o lugar de acolhida, de chegada e de saída. Os profissionais das equipes de saúde mental estão vinculados às equipes de PSF, como profissionais de apoio. Têm-se então dois projetos que podem trabalhar de uma forma articulada e complementar.

2.5 - O projeto de saúde mental hoje – 1998/2004.

No ano de 1998, a rede de assistência em saúde mental da cidade de Belo Horizonte era constituída de quatro CERSAM (Barreiro, Leste, Nordeste e Pampulha) e quatro Centros de Convivência. Atualmente (2004), conta com sete CERSAM: Barreiro, Leste, Nordeste, Noroeste, Pampulha, Oeste e Venda Nova. Os CERSAM Barreiro, Nordeste, Noroeste, Oeste e Venda Nova funcionam 12 horas por dia, durante todos os dias da semana; e os CERSAM Leste e Pampulha prestam atendimento 24 horas ao dia, também nos sete dias da semana. A rede é formada ainda por 60 Centros de Saúde com equipe de saúde mental, nove Centros de Convivência, dois CRIA, sete moradias (para os portadores de transtorno mental crônicos, sem vínculos familiares), quatro hospitais psiquiátricos, dois públicos e dois privados.

Mesmo que só parcialmente implantado, o projeto mostra resultados positivos. Um exemplo é a redução das internações em hospitais psiquiátricos. Em 1991, dos internados em hospital psiquiátrico localizado em Belo Horizonte, 70% eram residentes desta capital, o que em 1998 se reduziu para 35%. A redução da oferta de leitos em instituições psiquiátricas em Belo Horizonte, de 2.100 leitos em 1993, para 1200 leitos em 2002, é outro indicativo do impacto provocado pelo projeto.²³

No entanto, documento produzido pelos membros da Coordenação de Saúde Mental/SMSA-Gestão 2004, intitulado “*Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte 1993-2003 10 anos de luta!*” reconhece alguns problemas, tanto na organização dos serviços, como ao funcionamento em rede, capacitação de recursos humanos, etc. No documento, os profissionais afirmam ainda que no CERSAM prevalece o caráter e a lógica de ruptura com o antigo modelo, mas existe, por exemplo, um índice significativo de cronificação, ambulatorização e supressão de sintomas. Observam ainda que nos Centros de Convivência é predominante a busca pela reinserção social, por meio da produção e participação dos usuários, contudo, o equipamento é pouco utilizado principalmente porque há profissionais que não apresentam o dispositivo para o usuário. O Programa de Desospitalização Psiquiátrica-P.D.P²⁴, aponta o documento, apresenta problemas de concepção, planejamento, condução jurídica, econômica e financeira.

Várias intervenções para o enfrentamento das situações identificadas foram planejadas, como a capacitação para os profissionais de saúde, o melhoramento na programação de abastecimento de material das oficinas, e ações de incentivo à reinserção – Projeto “Indo ao Cinema” e atividades culturais -, oficina de trabalho voltada para a

²³ PBH/SMSA.*Proposta de Consolidação do Modelo Substitutivo de Saúde Mental*.Jan./2002.

²⁴ Constitui-se de moradias protegidas para os crônicos dos hospitais psiquiátricos que perderam o vínculo com a família e com sua comunidade de origem.

reavaliação do P.D.P, a aproximação constante com os Distritos Sanitários, buscando melhor articulação do trabalho em rede; e extensão do funcionamento para 24 horas de todos os CERSAM.

Tendo como base estudo realizado sobre internações psiquiátricas em Belo Horizonte propõe-se que todos os CERSAM funcionem 24 horas, porém apenas em esquema de hospitalidade noturna.

Observou-se que apenas 20% das urgências psiquiátricas acontecem à noite, o que representa aproximadamente oito atendimentos de urgência por noite. Os CERSAM que funcionam 24 horas têm registrado baixo índice de intervenção noturna realizada por um profissional de nível superior. Diante de tal quadro, não se justificaria transformar os setes CERSAM em atendimento de urgência noturna. Outra consideração pertinente diz respeito ao fato de os dois CERSAM que hoje funcionam 24 horas ainda não conseguirem atender à totalidade da demanda noturna, por motivos como a grande distância entre o equipamento e a moradia do usuário (os moradores do Barreiro, por exemplo, no período noturno, são atendidos no CERSAM Pampulha), quebra do vínculo no tratamento (os portadores de transtorno mental reclamam que vão pernoitar em local para eles desconhecido), e a falta de vagas que leva à utilização em grande escala dos hospitais psiquiátricos para pernoite. Tem-se apenas 12 leitos para a cidade.

As urgências registradas à noite, na nova proposta da hospitalidade noturna, serão atendidas em um hospital geral, por equipe composta de um psiquiatra, três auxiliares de enfermagem e apoio administrativo. À equipe competirá atender todas as urgências psiquiátricas noturnas e de finais de semana, que hoje são endereçadas aos hospitais psiquiátricos. A clientela que procurar o atendimento à noite será encaminhada, no dia

seguinte, para o equipamento mais próximo de sua casa. Cada CERSAM será dotado de seis leitos, oferecidos àqueles que, de acordo com a avaliação dos profissionais, necessitarem de um pernoite. No horário de 19 às sete horas, funcionarão de portas fechadas e somente acolherão os pacientes inscritos no próprio serviço. Os casos de urgências clínicas e ou psiquiátricas serão encaminhados pela equipe do CERSAM para as unidades de urgência do hospital geral. As equipes do CERSAM e dos hospitais gerais vão atuar em conjunto na reabilitação desses pacientes.

Para a viabilizar a proposta, a Coordenação de Saúde Mental ampliou a discussão, envolvendo gestores, trabalhadores, usuários e familiares, promoveu a visita de todos os gerentes dos CERSAM aos serviços da cidade de Campinas, que vem adotando o modelo com resultados positivos. Atualmente, a administração municipal trabalha para a implantação da proposta em Belo Horizonte. Já na nomeação de profissionais aprovados em concurso público municipal, ocorrida em julho de 2004, alguns dos novos trabalhadores foram convocados para compor o quadro de recursos humanos necessário. Até o término deste trabalho a proposta ainda não havia sido implantada.

3 - O cotidiano da assistência em saúde mental no Distrito Sanitário Barreiro

O foco deste capítulo será verificar até que ponto a proposta de trabalho em rede tem se concretizado. A análise se subdivide em três tópicos: o primeiro sobre o funcionamento cotidiano dos serviços de saúde mental no Barreiro, o segundo sobre a capacitação requerida para os trabalhadores e o terceiro sobre as articulações promovidas pelos diversos serviços.

3.1 - O funcionamento dos serviços de saúde mental do Barreiro

A saúde pública brasileira vem, nos últimos anos, passando por várias transformações em seus aspectos organizacionais e técnico-assistenciais. Transformações que interferem cotidianamente nos serviços de saúde, na busca por melhores resultados, por meio da correção da estrutura organizacional e técnico-operativa. É um movimento pela qualidade e pela garantia da saúde como direito de cidadania. Portanto, inclui-se nos objetivos da reforma psiquiátrica.

Colocar em prática os princípios da reforma psiquiátrica no Distrito Sanitário Barreiro, buscando a extinção dos manicômios, não foi tarefa fácil. Necessitou de grande comprometimento com as mudanças provocadas pela reforma, ou seja, demonstrar a possibilidade de tratamento fora dos manicômios. Pois, não basta extinguir os manicômios. É preciso oferecer um tratamento de maior qualidade, de maior eficácia, e que, sobretudo considere o dito “louco”, como um sujeito social, preservando-o, respeitando seus direitos de cidadania. Várias são as pessoas que relatam como foi a trajetória de implantação do Projeto de Saúde Mental no DISAB, e, todas mencionam seu alto grau de dificuldade:

“Para implantar o CERSAM foi como se diz no peito e na raça, a comunidade não queria o CERSAM. No prédio era a Policlínica, aí o pessoal não aceitava colocar o CERSAM lá. Foi mesmo forçar a barra. A comunidade dizia: Vim saúde mental para aqui? O pessoal queria uma policlínica [antes do CERSAM, no prédio funcionava a policlínica]. Quando se implantou a policlínica falaram que iria ter médicos, especialistas, dentistas, mas isto nunca aconteceu. Era uma urgência muito mal equipada [a policlínica] A comunidade queria o prometido, só que veio depois o CERSAM, ficava na parte de baixo (1º andar) e a policlínica na parte de cima (2º andar), até quando implantou a UPA [Unidade de Pronto Atendimento] em novo prédio. Havia um certo preconceito na comunidade, mas também um medo de perder a policlínica” (servidor de Centro de Saúde).

Na fala deste servidor podemos perceber uma resistência ao novo. Uma resistência à implantação do CERSAM. Geralmente, diante da desmontagem ou reestruturação de algum serviço (reestruturação da Policlínica e montagem do CERSAM) é comum a comunidade adotar posturas defensivas. Talvez do sentimento de fragilidade surja o medo de que uma alteração no território possa comprometer suas condições de vida. Outra questão é que implantar um serviço pioneiro de tratamento aberto ao portador de transtorno mental na região central de uma localidade é algo que altera as identidades sociais. Neste sentido, surgem os movimentos de protestos. *“Vim saúde mental para aqui?”*.

A chegada de um serviço que busca tratar o dito louco fora dos manicômios, introduz na sociedade um reconhecimento destes sujeitos sociais, ou seja, os loucos saem do domínio

do patológico, para o domínio de uma construção social que conecta e entrelaça o tecido social: “o louco”, passa a ser visto como pessoa que tem direito de falar, sentir, circular e se tratar nos diversos equipamentos públicos.

Os trabalhadores são atores importantes no processo. Estiveram presentes desde os primeiros momentos por meio do movimento de Luta Antimanicomial, influenciando as decisões administrativas. Mas, era utópico pensar que todos os trabalhadores estivessem imbuídos dos mesmos propósitos, de mudança, ou que, imbuídos destes propósitos estivessem preparados para colocá-los em prática. Não se tratava apenas de uma mudança de idéias restrita a reorganizar a policlínica e abrir o CERSAM. O que estava em jogo era construir uma política com uma nova forma de cuidado, o que necessariamente significava uma nova clínica. Transformações radicais que não mais propõem uma cura da doença mental, e sim buscam valorizar o portador de transtorno mental como sujeito que tem suas formas, às vezes peculiares, de expressão social.

O resultado do processo, que possibilitou a transformação de identidades sociais, pôde ser constatado quando no ano de 2003 (nove anos de CERSAM), frente à possibilidade de o CERSAM ser transferido para outro prédio, distante da região central, familiares e usuários se mobilizaram para reivindicar sua permanência no antigo prédio, ou então a mudança para algum lugar melhor na mesma área. Tal reivindicação foi atendida. Hoje o CERSAM funciona em melhores instalações que a anterior e continua na região central do Distrito Barreiro.

Pode-se perceber nas falas dos trabalhadores entrevistados que todos parecem, hoje, convictos dos princípios antimanicomiais, e uma adesão às diretrizes do projeto de saúde mental. Portanto, a reforma psiquiátrica não aconteceu nesta localidade apenas como uma

abertura de novos serviços. A convicção de boa parte dos trabalhadores de que o portador de transtorno mental deve ser tratado fora dos manicômios é um indicativo de transformação paradigmática (Kuhn 1975). Mencionam-se aqui falas que apontam avanços do projeto de saúde mental, uma inflexão na maneira de cuidar do portador de transtorno mental.

“A saúde mental evoluiu muito, teve uma época que a saúde mental quase acabou. Os pacientes iam para o HGV [Hospital Galba Veloso]. Isto antes do CERSAM. Os familiares consideram que melhorou muito. Antes qualquer crise o paciente ia para o HGV. Acho que avançou muito o projeto, tomara que avance mais” (servidor de Centro de Saúde).

“Ao longo destes 10 anos de implantação do Projeto de saúde mental de Belo Horizonte houve avanços significativos em vários sentidos: primeiro em relação ao impacto inicial na redução do número de internações da região do Barreiro no HGV [Hospital Galba Veloso], e segundo em relação à qualidade da proposta do acolhimento, que opta pela inversão da lógica hospitalar: o usuário, enquanto cidadão, participa de seu tratamento e pode fazê-lo sem necessitar de um isolamento social. De um outro ângulo, o CERSAM e os Centros de Saúde foram se estabelecendo como referência para o tratamento do portador de transtorno mental do Barreiro, referência antes estabelecida com o HGV. Fato é que um acontecimento comum tem sido moradores do Barreiro acolherem para morar em sua casa, parentes do interior a

fim de se inserirem em tratamento em nossa rede”
(servidor do CERSAM).

“Minha proximidade é com aquele que opera o projeto: trabalhadores e gerentes. Dentro disto percebo o projeto como assertivo, ele tem um caráter de ir contra o manicômio mesmo e as ações que o município de Belo Horizonte vem desenvolvendo impactam de verdade. Nestes 10 anos tem um caminho percorrido que é possível ver que isto vem se realizando”(servidor do Distrito Sanitário Barreiro).

Importante também é o depoimento de um servidor que participa do projeto há menos de três anos, portanto, após o processo de implantação do CERSAM. Como os colegas precursores do serviço no Barreiro, o trabalhador demonstra convicção na defesa do modelo antimanicomial:

“Acho interessante esta proposta de um projeto alternativo ao tratamento da doença mental, acho que ele é mesmo, acho isto desde o inicio, acho que é substitutivo, acredito nesta proposta de tratar o portador de transtorno mental a partir de sua particularidade, de sua subjetividade; isto tem um efeito, é por aí mesmo o caminho. A prática coaduna com esta idéia mesmo”(servidor do Centro de Saúde).

As reformas são acompanhadas de programas e projetos, que têm como grande operador o servidor público. As ações e resultados são consequência dos processos de

trabalho implantados nas equipes de saúde. Quando o usuário procura um serviço, todos que nele operam podem desenvolver uma ação profissional. É na interseção entre o planejado, a ação profissional, e a demanda que o propósito de intervenção adquire sentido. Os programas são partes fundamentais de um processo de transformação, mas sem a adesão do trabalhador, que opera as mudanças necessárias, não alcançam sucesso, Transformar a realidade requer o envolvimento do operador para o exercício profissional coerente com os princípios e diretrizes do projeto. Por isso, a implantação do CERSAM no Barreiro foi antecedida por um movimento que buscou a adesão dos trabalhadores: *“Para implantar o CERSAM fizemos várias reuniões”* (servidor de Centro de Saúde).

Através das diversas reuniões com os vários atores (comunidade, trabalhadores, gestores), objetivava-se construir um saber coletivo que proporcionasse maior coesão à nova lógica – o portador de transtorno mental circulando na cidade. Contudo, percebe-se na fala de um gestor que este crucial investimento, está precisando, hoje, ser revisto, senão recuperado.

“O Projeto de saúde mental perdeu a construção coletiva, não está havendo espaço envolvendo os diversos segmentos para discussão do momento atual do projeto. Depois dos avanços o que mudou? Como está? O que é preciso?”(Gerente de Unidade de Saúde).

O depoimento aponta para uma nova realidade que é o resultado das mudanças implementadas: a percepção da loucura já não é mais a do tempo manicomial, as tecnologias de tratamento mudaram, enfim, a sociedade, os portadores de transtorno mental e os

trabalhadores já se organizam de uma nova forma. Portanto é necessário promover discussões permanentes que se frutifiquem em idéias e ações, capazes de acompanhar as transformações no cotidiano provocadas pela reforma psiquiátrica. É importante debater sobre o modelo técnico-assistencial, modelo de gestão, organização dos serviços, para que não se configurem como algo já dado.

A configuração do novo modelo técnico-assistencial traz conseqüências que contribuem para romper com o modelo hegemônico manicomial. Seus reflexos podem ser percebidos na conjuntura política, no referencial teórico, até na forma de gestão dos serviços de saúde. Reduzir as internações psiquiátricas, expandir e fortalecer o atendimento extra-hospitalar, garantir um tratamento digno e de qualidade ao portador de transtorno mental, significam alterar as formas de gestão.

À gestão compete mobilizar recursos e promover condições para um funcionamento adequado do novo modelo. Uma vez que a nova proposta de tratamento busca tratar o portador de transtorno mental em rede, e busca, sobretudo, sua reinserção social, é preciso que os gestores tenham um conhecimento de todo o universo em que a saúde está inserida. Os atuais serviços de saúde mental apresentam peculiaridades que dependem diretamente do gerenciamento: buscam uma verdadeira interdisciplinaridade, construção coletiva, trabalha-se em rede, num esforço de fazer falar aquele que antes ficava no manicômio sem voz e sem vez.

A necessidade de imprimir novas formas de estruturação e gerenciamento dos serviços de saúde mental se faz presente. O papel gerencial passa a ser orientado por novas concepções, nem sempre bem aceitas, como pode ser percebido na fala de um gestor com relação ao serviço de saúde mental.

“É um processo de trabalho menos estruturado, e, portanto, dá poucos parâmetros de gerenciamento. O que tem são veementes recusas dos instrumentos tradicionais de gestão. Trabalha-se com a exceção. Estruturar um processo de trabalho é difícil, a equipe resiste por trabalhar com o problema estruturado de maneira prévia. Será que a estruturação não inibiria as ações do imprevisto?” (Gerente de Unidade de Saúde).

O novo gerenciamento pressupõe mais flexibilidade diante das contradições cotidianas, ter uma autoridade menos rígida envolvendo mais os trabalhadores, assumir a temporalidade, pois, o imprevisto exige uma resposta técnica. Compete ao gerente agenciar o trabalho direcionando-o de forma a operar mudanças. Neste sentido, as habilidades e atitudes são tão importantes quanto o conhecimento técnico. A proposta é de um modelo de gestão que confira uma grande autonomia na organização dos serviços, promovendo o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e maior participação dos familiares, usuários e comunidade na cotidianidade dos serviços. O que torna o trabalho mais complexo e de resultados menos previsíveis. *“O volume não é a quantidade, e sim a complexidade das demandas”* (Gerente de Unidade de Saúde).

Esta expressão indica a necessidade de um outro conhecimento de instrumentos de gestão. Talvez pelas novidades que este modelo assistencial traz, ainda não foi possível sistematizar um conhecimento sobre suas formas de gerenciamento. Quando se pensa em gerenciamento, a idéia é a de um racionalizador de recursos, coordenador e supervisor das atividades corretamente planejadas. O que está sendo exigido vai além disto. O cotidiano impõe a prática do imprevisto, do complexo, que exige uma gestão dinâmica, dialética,

articulada em constantes momentos de reflexão e tomadas de decisões. Outra necessidade é reconhecer o papel transformador de cada servidor, estimulando a tomada de responsabilidade, buscando aprimorar sua capacidade de obtenção de resultados. O processo de responsabilização e de obtenção de resultados deve superar a prática individualizada. Precisa assegurar o compromisso com o trabalho coletivo, numa busca constante pela complementaridade e pela interdependência das ações, que envolve inclusive outros sujeitos sociais (usuário e familiares).

A prestação de uma assistência de qualidade remete também à utilização dos recursos disponíveis e necessários. Um desafio para a gerência é racionalizar os recursos sem, no entanto, ter a autonomia sobre a sua provisão que, no sistema público, está segmentada em diversos órgãos. Diante da necessidade de algum recurso, o gerente da unidade de saúde deve solicitá-lo ao órgão competente, que, por sua vez, avalia a necessidade e a possibilidade de adquiri-lo. Portanto, o gerente deve trabalhar para que os serviços funcionem com aquele recurso que lhe é destinado. Tamanha rigidez pode ocasionar entraves conseqüentes da falta de recursos, que tanto podem inviabilizar ação gerencial, como a ação de qualquer outro profissional. A percepção do problema está presente nas falas de alguns entrevistados:

“Falta uma política de abastecimento dos medicamentos, e outros recursos: materiais e humanos, que garanta uma continuidade no tratamento”(servidor de Centro de Saúde).

“Às vezes não tem uma sala para atendimento” (Gerente de Unidade de Saúde).

“Que o usuário traga seu sofrimento em um lugar que ele se sinta confortável. Esta estrutura com as paredes sujas etc., causa um mal estar”(Gerente de Unidade de Saúde).

É preciso reconhecer que a mudança do modelo assistencial ocorre através da reorganização do processo de trabalho, partindo da constatação de que por muitos anos o portador de transtorno mental grave não tinha acesso aos serviços abertos. Era refém do circuito do hospital psiquiátrico: alta-hospitalar/internação/alta-hospitalar/internação. Os novos serviços buscam uma organização que possibilite ao egresso hospitalar e aos portadores de transtorno mental grave uma inserção nos serviços de saúde mental, e a continuidade do tratamento no âmbito destes.

Uma das estratégias adotadas foi a de dar prioridade à demanda de psicóticos e neuróticos graves. Esta estratégia sem dúvida combate a realidade diagnosticada no momento de elaboração do projeto de saúde mental. O quadro mostrava um grande número de atendimentos a casos menos graves, sobretudo, a crianças e adolescentes com problemas de origem pedagógica que poderiam ser resolvidos na escola. O atendimento a tais casos restringia a oferta dos serviços de saúde mental àqueles pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, ou aqueles considerados muito graves. Em consequência, tinha-se um grande número de internações, bem como vários portadores de transtorno mental sem tratamento por não encontrarem possibilidades de agendar um atendimento.

Mesmo considerando ser a priorização uma estratégia muito pertinente não é correto desconsiderar os problemas que a envolvem. Existem duas grandes dificuldades. Uma diz respeito à considerável demanda que vem pressionando os serviços de saúde mental; outra, a ser melhor analisada posteriormente, se refere à capacitação dos trabalhadores. As duas dificuldades, que em alguns momentos se relacionam, podem inibir a superação do anterior modelo hospitalar hegemônico de tratamento. A articulação dos dois problemas é mencionada por um dos entrevistados:

“..congestionamento nos Centros de Saúde pela grande demanda e por falta de capacitação profissional que provoca uma má administração nas agendas. Ainda acolhe-se uma demanda que não é a prioritária.” (Servidor do CERSAM)

“Tem muitos pacientes que não têm acesso ao Centro de Saúde. São as prioridades? Sim, às vezes sim” (Servidor de Centro de Saúde).

Mas, os trabalhadores de saúde mental do Barreiro legitimam a busca de priorização. De fato, os efeitos benéficos da estratégia podem ser percebidos na diminuição do número de internação em hospitais psiquiátricos, indicativo de que os neuróticos e psicóticos graves estão tendo acesso mais fácil ao atendimento. E os profissionais continuam a realizar constantemente, discussões nas quais se buscam alternativas para o fluxo das agendas, por exemplo, o PSF.

“O projeto deve priorizar os psicóticos e neuróticos graves, porque não dá para atender todo mundo. Tem, por

exemplo, aqui no Bairro que muitos pacientes devido à violência, tem uma reação ansiosa, depressiva, vêm e são atendidos. Depois quando estão um pouco melhor, tem uma certa resistência destes pacientes irem para o PSF, aí os pacientes mais graves não chegam, não fica possível dar um melhor acompanhamento a estes últimos” (servidor de Centro de Saúde).

Até o momento não se teve uma resposta totalmente eficaz para aumentar o acesso às agendas pelos portadores de transtorno mental grave. Também não se construíram alternativas adequadas ao tratamento de casos que, embora de menor gravidade, não podem prescindir do atendimento. Esta resposta envolve não somente a organização dos serviços, mas também os princípios do projeto de saúde mental frente a uma realidade social perversa.

O novo modelo de tratamento postula respeito às pessoas frente ao seu sofrimento, uma valorização da expressão, da posição do sujeito. Tem como pressuposto o tratamento através da linguagem, em suas diversas formas. A modernidade, segundo vários estudos, vem trazendo um adoecer psíquico à população, que se configura como um dos principais problemas de saúde. Esta demanda vem pressionando os serviços de saúde mental. A maioria dos planos de saúde não oferece tratamento digno para as pessoas em sofrimento mental. Restringem o atendimento a uma consulta mensal pela psiquiatria. Há, portanto, um grande público que encontra várias dificuldades de atendimento. Dentro da nova lógica postulada, pergunta-se o que fazer frente a esta demanda. Alguns entrevistados demonstram dificuldade de estabelecer prioridades no cotidiano, uma vez que as demandas estão inseridas num contexto muito amplo, não somente no contexto da saúde mental.

“Um entrave é como marcar a prioridade. Aquele que chega para gente não só aquele que teve uma experiência de internação, ou um psicótico, ou aquele que tem um transtorno grave. Vem todos aqueles que sofrem e discernir isto da prioridade é difícil. A gente entender que o sofrimento faz parte da condição humana e trabalhar com esta nossa impossibilidade de estar curando, ou estar dando uma resposta para tudo, é uma condição estrutural. Se se propõe a trabalhar na saúde mental, você vai se deparar com isto, independente do formato do projeto” (servidor de Centro de Saúde).

“O que é a crise para o sujeito? E se surtar? São questões imprecisas, daí a dificuldade em priorizar” (servidor de Centro de Saúde).

..”alguns transtornos mentais [drogaditos, alcoólatras, deficientes mentais] ficam sem lugar na rede e são atribuídos à saúde mental, sem se caracterizar como atendimentos prioritários da rede” (servidor do CERSAM).

Segundo Baremlit (1994) toda demanda é modulada. Os serviços produzem a noção de necessidade, e convencem o indivíduo de que neles encontrará sua resposta. Neste sentido, as práticas e condições de trabalho podem acabar por conformar, ou melhor, criar uma demanda equivocada, fora de lugar.

A demanda considerada de menor gravidade é também merecedora de uma resposta institucional. A falta de alternativa adequada de atendimento pode contribuir para

pressionar os profissionais de saúde a priorizar determinada demanda cujo tratamento poderia ser orientado para outras áreas, com reflexos negativos no processo de trabalho.

Contudo, há também uma relação entre priorização da demanda e clareza da política de atendimento, incorporação das diretrizes do trabalho, e condições técnicas dos trabalhadores. Neste sentido, pode-se dizer que o ato de priorizar a demanda relativiza a constatação de que determinada demanda não consegue atendimento. É preciso entender aspectos que envolvem a priorização, desde a organização dos serviços, incluindo a capacitação técnica, até a inserção da demanda numa dada realidade.

3.1.1 O acolhimento ao usuário: uma proposta de trabalho

É reconhecido que um dos problemas da prática manicomial residia no processo de trabalho. Nos hospitais psiquiátricos não havia uma construção do caso clínico, recurso que possibilita a descoberta de intervenções eficazes; também não havia uma comunicação entre as diversas pessoas envolvidas no tratamento; e ainda não havia uma pessoa de referência para o portador de transtorno mental. Enfim, havia várias práticas que fragmentavam o tratamento. A alternativa encontrada, a partir da reforma psiquiátrica, foi a promoção do trabalho em equipe multidisciplinar, com responsabilização dos agentes envolvidos e a criação de vínculos. Considerando que alterar as formas de funcionamento não é o bastante para superar o modelo anterior, novas tecnologias de trabalho são utilizadas e uma delas é o acolhimento.

A prática do acolhimento determinou a incorporação ao trabalho de valores como a solidariedade e o direito à cidadania, para promover a humanização da assistência. Exige-se, portanto, uma nova postura dos profissionais.

O acolhimento, enquanto uma tecnologia de trabalho, significa o desenvolvimento de conhecimentos de acordo com os quais o servidor ofereça o máximo, assumindo junto ao usuário o compromisso de tentar resolver sua demanda. O acolhimento se consubstancia em uma escuta qualificada, e na criatividade do servidor em, a partir do que o sujeito lhe traz, poder oferecer-lhe um atendimento, senão, uma alternativa à sua demanda. Entretanto, alguns entrevistados falam de algumas dificuldades em operar com esta tecnologia de atendimento.

“Um dificultador é esperar que o acolhimento atenda todo o mundo e escute neste momento as demandas prioritárias”(servidor de Centro de Saúde).

“Em 30 minutos de acolhimento é cobrada uma precisão”(servidor de Centro de Saúde).

Analisar o acolhimento é buscar entender o significado de *“atenda todo mundo”*. Parece que na expressão está imbuída uma responsabilidade de satisfazer as necessidades do usuário. Algumas vezes, a idéia de acolhimento pode estar sendo confundida com a idéia de atendimento.

O acolhimento é uma intervenção realizada por meio da compreensão dos fatos e, em conseqüência, pode levar, inclusive, ao deslocamento da demanda. No processo, a escuta é imprescindível. O acolhimento deve ser ainda uma ação permanente no cotidiano da unidade de saúde.

A idéia de atendimento está mais próxima à uma busca pela satisfação das necessidades do demandante. Assemelha-se a uma intervenção na qual alguém demanda algo e outra pessoa diz das suas possibilidades de atendê-lo. Sendo assim, o atendimento pode ocorrer de uma forma programada, agendada.

Segundo a análise institucional, a oferta é anterior à demanda. O acolhimento é uma oferta de escuta, é um dizer ao usuário: “*Vai lá que tem alguém para conversar com você*”. Quando a mensagem é transmitida, abre-se a possibilidade de ser interpretada de maneira equivocada pelo usuário. No caso, ele passa a acreditar que o serviço pode atender à sua demanda, mesmo que não esteja aparelhado para isso. E o servidor, por sua vez, se sente obrigado a atendê-lo.

No entanto, o que a instituição faz é oferecer um local de escuta - um campo de intervenção que possibilite ao usuário expor a sua demanda para que ela seja reconhecida pelo sistema de saúde. Ao definir os limites deste campo de intervenção, o projeto de saúde mental estabelece a demanda prioritária (psicóticos e neuróticos graves). Contudo, parece caber uma pergunta: será que está claro para todos os profissionais o que realmente seja o acolhimento e qual a sua missão? Quanto à questão da precisão com que é definida tal prioridade, está presente o problema da capacitação, a ser tratada mais adiante.

3.1.2 Processo de implantação do atendimento 24 horas.

Considerando que o CERSAM funciona até as 19 horas, todos os dias da semana, é comum que alguns portadores de transtorno mental sejam encaminhados para internação ou pernoite nos hospitais psiquiátricos. Opta-se primeiramente pelo encaminhamento de pernoite no CERSAM-Pampulha, que funciona 24 horas todos os dias da semana, sendo

referência para o distrito Barreiro nos casos de pernoite. Contudo, não são raros os relatos de falta de vagas para o atendimento naquela unidade e há ainda os usuários, que em algum momento, necessitam de maior contenção, para os quais é indicada a internação. São casos muito graves, para cujo atendimento não há condições de se realizar o transporte Barreiro/Pampulha/Barreiro por vários dias. Pode-se dizer, então, que a forma como vem acontecendo o atendimento noturno tem impossibilitado a substituição dos hospitais psiquiátricos em alguns casos.

Em 2004, os trabalhadores do CERSAM-Barreiro estavam realizando reuniões, a cada 30 dias, com seus colegas do Hospital Galba Veloso. O objetivo era promover discussões sobre os casos de internação. Por paradoxal que pareça, a interlocução com os hospitais vinha contribuindo para a diminuição do período das internações. Tal efeito era percebido nos momentos das discussões dos casos, bem como nos relatórios emitidos pelo Hospital Galba Veloso no ano de 2003. O intercâmbio de informações entre os profissionais demonstra um novo olhar sobre a internação, que passa a não se processar baseada na exclusão social e sim no estudo constante de cada caso. A internação passa a ser reconhecida como um recurso terapêutico frente às deficiências ainda presentes nos serviços de saúde mental. Um dos entrevistados salienta que, neste sentido, o indicador – número de internações – deve ser revisto:

“Utilizar o número de internações como indicador deste avanço pode ser um equívoco, pois, existem pacientes que a internação se constitui como um recurso terapêutico. Os

hospitais psiquiátricos estão na rede, mas não explicitamente” (servidor de Centro de Saúde).

Para que os novos serviços de saúde mental sejam substitutivos, torna-se imperiosa a implantação efetiva de um atendimento 24 horas. A forma como este atendimento vem funcionando demonstra certas fragilidades. Apenas dois CERSAM 24 horas (Leste e Pampulha) para atender toda a cidade é de fato insuficiente. Vários trabalhadores entrevistados falaram o que pensam sobre o atendimento:

“Eles estão dizendo que os CERSAM 24 horas não estão atendendo adequadamente. Tem que ter 24 horas, a crise não marca hora. O Galba Veloso não está dando conta. O Galba Veloso o pessoal até assusta com o nome, no CERSAM, é mais leve. Na defesa pelos hospitais psiquiátricos há um interesse econômico. A cura é mais rápida e mais econômica, a cronificação fica mais cara. No hospital psiquiátrico o cara é colocado como “o doente”, uma coisa imposta, fica coisificado – reificado, sem desejo” (servidor de Centro de Saúde).

“O atendimento 24 horas é imprescindível para substituir os hospitais, algum lugar tem que estar colocado. O projeto da hospitalidade noturna é convincente, o mais preocupante são os critérios a serem seguidos para indicação do pernoite, não tem um indicador para monitorar a possibilidade de um paciente tornar-se morador do CERSAM. Outra preocupação que está circulando é a composição da equipe

noturna apenas com auxiliares de enfermagem”(servidor de Centro de Saúde).

Contudo, mesmo cientes da necessidade de atendimento 24 horas, alguns trabalhadores, preocupados com a operacionalização da proposta de hospitalidade noturna, vêm levantando questões relevantes: possibilidade de os CERSAM serem usados como albergues; e de se tornarem espaços totalitários - aquele dispositivo que oferece quase tudo, inclusive funcionamento noturno, tendo como recursos humanos somente auxiliares de enfermagem. Tais questões foram expressas durante as entrevistas:

“Tem alguns momentos que o paciente realmente não tem condições de voltar para casa, precisa de um dispositivo, que funcione 24 horas. Eu temo, meu maior medo é...várias coisas, Penso, o que mais me preocupa, algumas coisas podem acontecer e é certo que acontecerão, mas permite um ajuste. O que me deixa preocupada são as coisas que podem acontecer que são silenciosas, que não vai se detectar no primeiro momento. Por exemplo, se temos uma urgência clínica, a coisa é mais visível. O que me preocupa são aqueles pacientes que podem ver no CERSAM um albergue, que o CERSAM possa tornar um, dispositivo muito totalitário que ofereça tantas coisas e ai aqueles pacientes que não tem mesmo muitas saídas, as relações familiares são precárias, a tendência é utilizar estes dispositivos, isto é muito insidioso, muito delicado para detectar, então temos que estar muito vigilantes para que isto não aconteça”
(Servidor de Centro de Saúde).

“24 horas? É um avanço. A hospitalidade só com auxiliares de enfermagem será que vai funcionar? Vai ser só para os casos do CERSAM? Não vai ser aberta para a rede? Com os leitos na Santa Casa, pode melhorar” (servidor de Centro de Saúde).

É natural que estes e outros questionamentos possam surgir, pois, a hospitalidade noturna é uma proposta muito inovadora e arrojada. Os profissionais parecem buscar maior segurança na efetivação da mesma, embora tenham conhecimento do funcionamento de proposta similar na cidade de Campinas/SP.

Os gestores demonstram empenho em compor uma rede de atendimento, com a implantação de equipamentos para o atendimento das várias demandas. O atendimento 24 horas é um destes investimentos. Mas, o projeto de saúde mental ainda não tem capacidade para atender, por exemplo, aqueles usuários que não apresentam quadros crônicos, mas estão envolvidos em problemas familiares ou possuem uma certa dificuldade de socialização.

Existem portadores de transtorno mental que dependerão dos serviços para o resto de suas vidas. Alguns deles estão com os laços familiares rompidos de tal forma que é difícil reatá-los. Em outros casos, por uma série de motivos (desestruturação familiar, ausência de familiares etc.), não há como se fazer o encaminhamento do usuário, em função de não existir equipamento adequado a este tipo específico de atendimento. São portadores de transtorno mental que ficam, às vezes, em um ambiente propício ao desenvolvimento de uma crise. Um dos entrevistados fala destes casos que dependem dos serviços e salienta a diferença entre esta dependência e a cronificação:

“Tem usuários que estão desde o início. Foi a via encontrada de estabilização. Contudo, não são casos que estão largados, há um acompanhamento de todos eles, o que caracteriza uma não cronificação. Cronificação é diferente da permanência de um usuário por longo tempo” (Gerente de Unidade de Saúde).

A complexidade do atendimento das diversas demandas da saúde mental requer, portanto, a formação de uma ampla rede social de atendimento.

3.1.3. O entendimento que se tem de um trabalho em rede

Como dito anteriormente, o Projeto de Saúde Mental está organizado de forma a promover um trabalho em rede. Contudo, os modelos organizacionais não garantem, por si só, a efetivação da lógica de funcionamento que propõem para si.

Preconizou-se, então, a implantação de uma rede formada por equipamentos que permitam o tratamento próximo da clientela, e que estejam inseridos no âmbito mais geral da saúde. De tais dispositivos espera-se que cumpram sua missão: os centros de saúde no tratamento ambulatorial dos moradores de sua região; O Centro de Convivência, na inserção social, por meio do estímulo à produção do sujeito; e o CERSAM no cuidado com o sujeito em seus momentos de crise. Com esta proposta de organização espera-se ter configuração de um sistema articulado no qual cada usuário possa traçar sua linha de cuidado. O que define a importância de cada equipamento é a necessidade do portador de transtorno mental. Contudo, na prática, vêm ocorrendo algumas dificuldades de operacionalização.

Quando se fala em trabalho de rede, os profissionais se reconhecem na proposta. São, inclusive, capazes de admitir a necessidade em melhorá-la. A intensidade da rede, ou seja, o envolvimento dos atores e equipamentos é observado nesta busca por um melhor desempenho. Os profissionais analisam a efetividade desta rede de atendimento, em geral, com a compreensão de que ela é formada pelos diversos equipamentos da saúde:

“Trabalho, em rede? Desde quando eu cheguei escuto esta história. Tem que trabalhar em rede, a rede está furada, não tem rede. Eu acho que agora podemos falar que tem uma rede, temos que pensar se ela é eficaz, suficiente para tratar mesmo” (Servidor do Centro de Saúde).

“Temos um trabalho em rede incipiente” (Gerente de Unidade de Saúde).

“Tem uma série de coisas que a gente constata, desde a dificuldade de operar efetivamente em rede, que é a aposta deste projeto, até outras. A gente ainda tem limites e pontos para podermos avançar na construção desta clínica, da inserção dos usuários e na ruptura mais decisiva mesmo do manicômio como local de tratamento” (Coordenação de Saúde Mental.)

“Outra questão no trabalho em rede são as constantes reclamações de pacientes que não conseguem o acesso almejado, necessário nas unidades básicas” (Servidor do Centro de Saúde).

Potencialmente, a internação afasta o sujeito de sua rede social ocasionando a ruptura de laços sociais. Espera-se que o trabalho em rede possa incrementar uma articulação intersetorial que alcance os objetivos da desospitalização e da desinstitucionalização, e ainda a defesa dos direitos do portador de transtorno mental. Um dos entrevistados menciona sua compreensão do trabalho em rede, fato nem sempre presente na maioria dos depoimentos colhidos: “ *O entendimento de rede deve extrapolar os equipamentos da saúde*” (Gerente de Unidade de Saúde). Ele completa o raciocínio com uma questão significativa relativa à inserção social do portador de transtorno mental: “ *Temos que pensar num tratamento que vai para fora da rede.*”

As reflexões do entrevistado despertam a atenção para o aspecto substancial que marca a principal diferença entre o trabalho em rede e o manicomial. Nos manicômios o portador de transtorno mental fica preso. Os manicômios, inclusive, possuíam grandes muros para evitar as fugas, e impedir o contato com o mundo lá fora. A rede, então, não pode ser uma rede que prende, tal qual a rede de pesca. Deve ser uma rede de circulação. Que pode ser uma rede rodoviária como diz um servidor, uma rede de comunicações voltada para o mundo lá fora.

“A rede deve ser como uma rede rodoviária, circular buscando satisfazer suas demandas. Falta via de acessos, as cidades parecem isoladas. O trabalho em rede acontece, mas falta comunicação clínica” (Servidor do CERSAM).

Sobre a dificuldade de operar em rede, o depoimento de um dos entrevistados remete à cultura.

“Acho que é uma questão cultural. Faz parte de uma cultura profissional mesmo, trabalhar em rede não é uma coisa fácil, não é uma coisa já dada, as pessoas não trazem isto na sua formação, a formação não nos prepara. Temos uma formação voltada para o consultório, para uma prática privada, uma prática solitária. E aí na saúde pública, na saúde mental em especial a exigência é outra. Neste projeto antimanicomial não tem como pensar em uma tarefa isolada. Acho que tem uma dificuldade da cultura profissional, do exercício mesmo, é difícil para as pessoas abrirem mão do poder, é difícil abdicar deste lugar de poder-saber que as categorias têm, daquilo que dominam. Mas eu acho, que essencialmente é uma questão cultural, não só pelas questões operacionais, por que agenda não dá, por que o telefone não atende, é exatamente o contrário. De fato para você trabalhar em rede tem que fazer um esforço a mais, tem que recorrer ao telefone e falar com o outro, não pode ser só a lógica do encaminhamento do papel, você tem que encontrar com as pessoas, tem que sair do consultório, tem que fazer mil outros exercícios que no primeiro momento pode parecer sobrecarga de trabalho. O que a gente percebe é que tem um alívio quando a gente divide, constrói coletivamente”
(Coordenação de Saúde Mental).

O entrevistado fala da cultura atrelada à formação profissional. No entendimento de Guattari (1996), o sistema capitalista define a força coletiva de trabalho, a partir da afirmação de uma cultura que instaura o sistema de segregação. A formação profissional está atrelada à perspectiva de ganhos econômicos que se possa ter com ela. É um mecanismo de poder, imposto pelas elites capitalistas. O autor avalia que as instituições educacionais engendram esta cultura de um saber dominante, de um saber hermético. Diante deste reconhecimento, talvez a estratégia seria levar de forma veemente a questão da formação do trabalhador de saúde mental para as instituições educacionais.

Pode-se, então, concluir que para alterar a cultura engendrada em uma forma de saber dominante, é preciso considerar que as instituições de educação, formadoras de profissionais, devem estar na rede. Envolver estas instituições pode trazer como resultado a formação do novo profissional que a mudança paradigmática exige. Sendo assim, a compreensão de rede ultrapassa uma determinada composição de equipamentos da saúde. A rede será então a interlocução entre diversas instituições/equipamentos/serviços, tendo todos uma clareza e afinidade com um determinado objetivo que, no caso, é a formação de profissionais que realizem substancialmente ações antimanicômias.

3.2. O trabalho em rede e a capacitação profissional

A outra dificuldade mencionada, na priorização da demanda, é a falta de capacitação. É pertinente ressaltar que a capacitação de recursos humanos é condição básica para o desenvolvimento de qualquer atividade profissional, independente de sua natureza. Na área da saúde mental e, sobretudo, para o atendimento público organizado em rede, a capacitação torna-se ainda mais importante. Nele, a ausência de referências que

instrumentalizem o trabalho favorece o surgimento de práticas individuais responsáveis, muitas vezes, pela desarticulação das ações, com reflexos negativos no tratamento do doente mental. Os profissionais, pressionados com a demanda, e na ausência de uma capacitação técnica, podem inclusive negar a demanda prioritária.

Para promover a substituição do modelo centrado no hospital psiquiátrico, é necessário um outro tipo de profissional, uma profunda transformação técnica, uma nova produção de saber que supere a dicotomia às vezes existente entre as disciplinas. Com a superação, torna-se possível desconstruir o paradigma asilar, que atribui o conhecimento da loucura a um determinado saber, legitimando a existência do manicômio e não tratando verdadeiramente as pessoas. O novo profissional da saúde mental, então, será aquele que compreende a loucura em sua teia de significações, interagindo com diversos saberes que são atravessados pelas relações sociais, instituições, direitos, políticas públicas etc.

Um entrevistado salienta que para trabalhar no projeto de saúde mental é necessário uma outra formação profissional que não se encontra nas instituições formadoras. A formação acadêmica será um suporte. Contudo, cabe ao profissional desejar formar-se como trabalhador da saúde mental, e para tal, buscar um investimento em sua formação, investimento este que acontece na interação da prática com uma orientação teórica. Salienta que se trata de uma formação específica:

“Trabalhar neste projeto depende de uma formação. Quem é o melhor profissional para estar trabalhando neste projeto? É o psicólogo? É o psiquiatra? É o Terapeuta ocupacional? É o enfermeiro? Não tem esta formação. A pessoa ao entrar no projeto tem que ser tomada,

convocada, eu penso assim, para buscar uma formação paralela à sua, para completar a sua para possibilitar a este indivíduo trabalhar. Nenhuma formação acadêmica dá subsídios para trabalhar, então é preciso estudar mais, ter a experiência do trabalho. Agora, por exemplo, estou fazendo formação psicanalítica e a experiência que tenho está contribuindo mais para eu fazer esta formação, a prática de certa forma vai dar recursos para você absorver a teoria. Este desejo de aperfeiçoamento não acontece com todos trabalhadores, é preciso lidar com isto também, vejo colegas que não estão tão interessados em estarem envolvendo, buscando mais, querendo saber mais as questões do tratamento, os efeitos da sua prática, aí fica difícil, pois, isto vai repercutindo no seu trabalho de uma forma direta ou indireta” (servidor de Centro de Saúde).

A intervenção profissional diferenciada e contrária ao modelo manicomial tem como desafio trazer para o cotidiano novas práticas, que não estão apenas no campo “psi”. A nova política de saúde mental traz um desenho, um projeto de como o cuidado deve acontecer. Sendo assim, os dispositivos clínicos devem estar entrelaçados nesta política, que busca a inclusão social do portador de transtorno mental. Os gestores vêm ao longo do tempo implementando cursos de capacitação para os trabalhadores. Mas, também, é fato que nem todos se interessam.

O servidor público, na grande maioria das vezes, se insere na instituição por meio de concurso público. Desta maneira, são poucas as oportunidades de uma avaliação adequada do perfil necessário para trabalhar em saúde mental. É possível que existam trabalhadores que conheçam a “teoria” (princípios e diretrizes do projeto), mas, não se

identificam com ela. Assim, como há aqueles que, subjetivamente, não suportam trabalhar com os casos graves de transtorno mental, entre outras possibilidades. A administração pública tem poucos instrumentos para resolver tais situações, geralmente, silenciosas. Exemplo: o servidor, diante da ausência de capacidade técnica, não busca um aperfeiçoamento e se acomoda em práticas ritualistas.

Entre os entrevistados nenhum se enquadrou na situação referida. Foi possível perceber uma preocupação em querer se formar trabalhador da saúde mental:

“Quando entrei não sabia nada de saúde mental, fui estudando, fazendo cursos: especialização em saúde mental (1987) primeira turma, curso de especialização em terapia familiar. Na saúde mental você estuda sempre. Esta formação agente tem que buscar sempre, não tem jeito” (servidor de Centro de saúde).

“Para o tratamento singular é necessário um investimento na formação profissional. A clínica é que deve nortear o trabalho em rede, sendo assim poderia haver uma maior capacitação” (servidor de Centro de Saúde).

Uma possibilidade de capacitação são as supervisões clínicas, que acontecem quinzenalmente em cada distrito sanitário. No Distrito Sanitário Barreiro, as supervisões são realizadas por um profissional (psiquiatra e psicanalista) que não pertence, diretamente, ao quadro de recursos humanos da Prefeitura Municipal. A intenção é mesmo que o supervisor contribua com seu olhar externo, fora do cotidiano da saúde mental. É o que muitos chamam

de terceiro olhar. Nos encontros, os técnicos fazem coletivamente uma reflexão sobre alguns casos.

Com uma escala previamente elaborada, cada equipe de saúde mental, dos diversos equipamentos da rede, apresenta a construção clínica de um caso. Geralmente são escolhidos os casos que provocam maiores impasses no tratamento. Os estudos de casos possibilitam uma reflexão sobre os trabalhos realizados, e são também um estímulo aos profissionais para se capacitarem. Alguns limites ora colocados para o atendimento de determinado caso são reconhecidos. O que se pretende é banir o imobilismo frente a alguns casos mais complexos para os quais se acredita “não ter mais jeito”. Tal imobilismo é característico de uma prática manicomial.

No entanto, a supervisão é apenas um dos momentos formadores. Um dos entrevistados salienta sua insuficiência enquanto instrumento formador do profissional de saúde mental, e alerta para outro aspecto que é a permanência de uma única abordagem teórica na supervisão, a psicanalítica. Esta permanência pode inibir outras abordagens teóricas. Deve-se considerar que este tipo de supervisão foi uma escolha coletiva dos trabalhadores. De fato, ocorre um predomínio da abordagem psicanalítica entre estes trabalhadores, mas há da parte de alguns uma percepção crítica com relação ao tema:

“A supervisão que hoje é realizada por um psicanalista é insuficiente para contemplar a heterogeneidade das abordagens clínicas, buscando promover um aprofundamento no estudo da psicose”(Servidor de Centro de Saúde).

Quando a proposta é de um trabalho interdisciplinar em rede, é preciso haver certa democratização do saber. A cristalização de um determinado saber pode comprometer as micro-relações. Foucault (1979) analisava o saber como fonte de poder. Dizia que as técnicas e mecanismos empregados estavam nesta relação de saber/poder. Há de se pensar, então, se o predomínio da abordagem psicanalítica não ocasiona um certo domínio sobre os outros saberes, retirando deles sua importância.

A radical transformação do saber e da prática envolve várias dimensões, quando se propõe tratar o portador de transtorno mental fora do binômio doença/cura. A perspectiva é de uma proposta clínica que não tome o sintoma como grande mal, ou seja, tratar do portador de transtorno mental considerando as variadas dimensões (sociais, políticas, econômicas, éticas) da doença mental.

Na medida em que é multifacetada, a doença mental exige variadas intervenções. Os equipamentos sociais não são plenos a ponto de possibilitarem todas as intervenções sociais, e nem são, a todo o momento, necessários para colocá-las em prática. Daí a importância do deslocamento do saber. O saber não está localizado em um lugar privilegiado, ou em determinada estrutura. Não é um objeto, e sim algo construído numa relação de interlocução. Pode, inclusive, estar fora do equipamento, fora do saber técnico que o profissional carrega, fora do âmbito da saúde.

É interessante perceber como os profissionais reconhecem que os diversos saberes não pertencem a um domínio autônomo e entendem a doença mental como multifacetada. Contudo, o CERSAM vem consolidando uma imagem de centro do saber sobre a doença mental, embora a proposta do trabalho seja de rede e envolva outros equipamentos. Um dos entrevistados diz de um certo *status*: “O CERSAM às vezes tem um certo status como o

local do saber.....parece que em alguns casos há uma falta de confiança nas unidades básicas [Centros de Saúde]”(Gerente de Unidade de Saúde).

O CERSAM é o equipamento que agrega mais recursos: plantão de atendimento, veículo para medicação domiciliar, transporte para usuários, permanência-dia etc. É ainda referência para o atendimento aos usuários em crise. Há de se perguntar o que lhe traz este *status*. Talvez, um imaginário que atribui significação aos recursos que possui: se ao CERSAM é dada tal diversidade de recursos, certamente, ali está a maior competência.

Ao ocupar essa posição, o CERSAM, segundo um dos entrevistados, passa a ser visto também como espaço possível para a formação de um trabalhador da saúde mental. Alguns argumentam que tal interpretação perde força, na medida em que existem profissionais atuando no CERSAM, e simultaneamente, em outro equipamento da rede. O trânsito dos trabalhadores entre os equipamentos era, inclusive, a proposta inicial do projeto de saúde mental, e tinha como objetivo promover maior interlocução na rede. Contudo, hoje, no Barreiro há apenas três profissionais do CERSAM que trabalham, também, em centros de saúde:

“O CERSAM ocupa um lugar de formador, desprivilegiando a formação profissional das unidades básicas. O que melhora a partir do momento em que os profissionais fazem extensão na unidade básica [são profissionais que realizam uma jornada de trabalho no CERSAM e outra em algum centro de saúde]”(Gerente de Unidade de Saúde).

Uma das apostas do trabalho em rede é a não hierarquização, é uma integralidade horizontalizada. Assim, não cabem no projeto distinções de poder/saber. A articulação dos saberes entre os diversos equipamentos deve contemplar também as diversas categorias profissionais. Um dos enfoques do projeto de saúde mental é a quebra do poder médico. Entende-se que a ótica da verticalização em uma ótica pode afastar outros enfoques de conhecimento. Cada disciplina tem a sua importância, uma não é mais nem menos importante. A relação entre as diversas abordagens possibilita um tratamento digno e eficaz. É muito difícil tratar um portador de transtorno mental grave em crise sem medicação, mas também é muito difícil tratá-lo sem sua adesão ao tratamento, sem o apoio familiar. Contudo, através da fala de alguns entrevistados pode-se perceber que ainda é presente o poderio médico.

“A gente fica refém dos psiquiatras. É preciso ter um jogo de cintura com os psiquiatras. Acha que impera o saber médico. Aqui quem imprimia o jeito do trabalho era o psiquiatra, há pouco tempo isto mudou. Já aconteceu de psiquiatra vir trabalhar e não aceitar casos novos, e não entram casos novos mesmo” (servidor de Centro de Saúde).

“O modelo médico se mostra autoritário. Na equipe desta unidade este império não acontece, esta crítica é como um todo. O psiquiatra defende o psicólogo na equipe”(servidor de Centro de Saúde).

Outra questão, relacionada à formação, é a rotatividade dos profissionais. Já que a formação é ponto crucial, e que ela também se dá no dia-a-dia, como garanti-la frente

a uma grande rotatividade? Como assegurar o vínculo e a responsabilização? Os serviços do Distrito Sanitário Barreiro apresentam uma grande rotatividade de profissionais, a qual podem-se atribuir dois fatores: primeiro, as solicitações de transferências de trabalhadores para outros distritos mais próximos a região central da cidade; segundo, a existência de grande número de profissionais, sobretudo psiquiatras, contratados temporariamente (30 meses). Alguns entrevistados falam das complicações que esta rotatividade traz no dia a dia e relatam, também, fatos que segundo eles explicam esta rotatividade: falta de profissionais (psiquiatras) no mercado de trabalho e grande acúmulo de trabalho.

“Há uma grande rotatividade de profissionais. Aqui em 18 anos tivemos 15 psiquiatras. Outras unidades também com grande dificuldade em contratar psiquiatras. A PBH queria contratar, mas, não tinham profissionais. Também é pesado o trabalho, são muitos pacientes, tem casos muito graves. A agenda dos profissionais sempre muito lotadas, para primeira consulta é lá para novembro [entrevista realizada no final de setembro], para egresso/prioridades encaixamos, arrumamos um jeito. Isto depois de fazermos tudo para tirarmos aqueles casos que não são prioridades”
(servidor de Centro de Saúde).

“Um entrave? Rotatividade dos profissionais, principalmente psiquiatras. Começa a estruturar o trabalho, o profissional sai. Já teve gente de ficar aqui um mês. É um constante recomeçar. No PSF é a mesma coisa. Você tem que sempre ficar recomeçando. Fazemos uma sensibilização, depois fazemos outra, e outra. Percebemos

como os novatos não conhecem a rede, não conhecem o projeto. Às vezes o caso nem é para psiquiatra, e sim para neurologistas” (servidor de Centro de Saúde).

Na nomeação dos concursados em 2004, foi feito um esforço para substituição dos trabalhadores contratados por nomeados, o que provocou grande impacto. Hoje, no Barreiro, há mais funcionários nomeados do que contratados. Mesmo que esta situação, a dos contratados, não seja a única explicação para a rotatividade, pode-se dizer que há um reconhecimento do problema.

3.3. O trabalho em rede e as articulações promovidas

Um trabalho em rede se caracteriza pela existência de um nível articulador. Sua função deste nível não se traduz em uma posição hierárquica, mas sim em um lugar que promova as correlações políticas e técnicas, que trabalhe os conflitos compreendendo os valores, expectativas, possibilidades de sucesso, pontos de adesão e resistência.

A articulação é, sobretudo, uma função desafiante no projeto. Trata-se de uma proposta de trabalho muito ampla, com uma imensa diversidade de atores. O trabalho cotidiano é sempre repleto de novidades, dificultando um planejamento sistemático. Deve-se ficar atento para que esta dificuldade não resulte num trabalho meramente pragmático. Os equipamentos da rede se defrontam com realidades que cobram respostas imediatas. Tal fato pode ocasionar ações pragmáticas e imediatistas sem uma interlocução com outros equipamentos.

Uma boa articulação pode potencializar o trabalho em rede na medida em que promova uma troca de habilidades entre seus membros, bem como uma melhor utilização dos recursos. Esta articulação se constitui pela busca de um sistema integrado de ações. Os trabalhadores durante as entrevistas pontuaram a importância deste nível articulador:

“Falta um objetivo comum. Acontecem algumas iniciativas próprias e por vezes desarticuladas com a rede, bem como com os princípios do projeto. A rede deve possibilitar o acesso do usuário para o atendimento da sua demanda” (servidor de Centro de Saúde).

“Para tanto é preciso de níveis articuladores: Distrito e Coordenação. Principalmente o Distrito para articulação no território. A condução do projeto deveria envolver mais atores no seu gerenciamento”(servidor do CERSAM).

“O articulador deve ser a Coordenação de Saúde Mental. A gestão do dia-a-dia é do Distrito” (Coordenação de Saúde Mental).

Percebe-se nestas falas que o nível articulador tem como função promover uma integração. Quanto maior a integração, maiores serão as possibilidades de o portador de transtorno mental circular na rede.

O acesso a todos serviços oferecidos pela rede é também promovido pelos encaminhamentos que o profissional pode fazer, e pela forma como o faz. Percebe-se que os

profissionais têm uma preocupação quanto aos encaminhamentos, dando-lhes uma certa importância. Para os casos considerados prioridades, devido à maior vulnerabilidade, há mais cuidado, um contato anterior, uma discussão do caso. Tal conduta tem um efeito positivo na condução do caso. Um entrevistado afirma que nenhum paciente voltou, ou seja, foi possível trabalhar melhor a vinculação do paciente ao tratamento.

Como será visto adiante, parece claro que o encaminhamento não é uma tarefa burocrática, pela qual encaminha-se o sujeito para um equipamento que o atenda. O ato deve fazer parte de um projeto terapêutico. Contudo, por vários motivos, acontecem ainda alguns encaminhamentos somente através de comunicação por escrito, ou seja, encaminhamentos dentro de uma ordem institucional, que contrariam o novo modelo o qual se baseia na construção do caso clínico, na troca de saberes, no envolvimento e responsabilização de todos pelo atendimento. Alguns entrevistados falaram da preocupação que têm no encaminhamento, contudo, não parece haver o mesmo grau de compromisso com a troca de informações sobre os casos, por parte de todos os profissionais:

“Quando o caso é mais grave o profissional é mais cuidadoso faz um contato prévio com a unidade de saúde, quando o caso é menos grave (casos não prioritários) o encaminhamento é mais formal. Nos casos de encaminhamentos por alta, a orientação é que se faça o contato antes, agendando um retorno para o CERSAM buscando saber se o paciente foi até a Unidade de saúde”(Gerente de Unidade de Saúde).

“Os encaminhamentos são feitos por escrito. Às vezes também verbal, durante os momentos de supervisão” (servidor de Centro de Saúde).

“Penso que todos encaminhamentos para quaisquer dispositivos têm que ter uma resposta. Estou encaminhamento a que? Para que? Sou contra aqueles encaminhamentos com pacote”(Servidor de Centro de Saúde).

“Eu nunca encaminhei um paciente assim com um papelzinho – “olha agora você procura um Centro de Saúde tal com endereço tal ,eu sempre liguei antes para o centro de saúde marquei com o profissional, quando tenho oportunidade converso com ele pessoalmente, em supervisão por exemplo, falo um pouco do caso, tem alguns profissionais que inclusive tenho mais abertura para discussão do caso, esta é uma forma de estar passando o sujeito, com uma história, , não estou passando só um nome, isto me faz crer que esta pessoa que o está recebendo passa a ter um certo desejo, desperte nela alguma coisa para ela poder atendê-lo. Fazendo desta forma acredito ser mais eficaz, tanto que nestes meus mais ou menos 30 meses de trabalho não tenho nenhum paciente que encaminhado retornou para o CERSAM. Os profissionais também me dão notícias do sujeito. Acho que isto é um dado importante. Quando no plantão recebo um sujeito encaminho para a unidade básica e marco um retorno para saber dele como foi, levo em consideração a urgência subjetiva. Senão o sujeito passa pelo plantonista sem saber que o atendeu, às

vezes o escuto mais de umas duas vezes minha preocupação é fazer um encaminhamento amarrado. Quando precisar de encaminhar um da unidade básica também farei da mesma forma. Para todo encaminhamento a gente deve correr atrás das informações”(servidor de Centro de Saúde).

A construção de caso clínico e a troca de saberes em um trabalho em rede ultrapassam a sua composição, formada por equipamentos diferenciados de atendimento. O que se propõe é a promoção de laços sociais do portador de transtorno mental. Para que isto aconteça é necessário que os equipamentos também formem laços sociais, que criem possibilidades de o portador de transtorno mental circular.

Os hospitais psiquiátricos “tratavam” seus usuários como propriedade. Eram os hospitais os definidores dos destinos dos portadores de transtorno mental. Hoje, tenta-se romper, não sem dificuldades, com tal modelo:

“.. que todo projeto terapêutico seja construído junto com outro dispositivo, com centro de convivência,.....Se pensarmos que o CERSAM é da urgência, não se pode falar que aquele paciente é do CERSAM, por que na verdade ele é da rede básica, ele está ali de passagem, acho que isto é uma inversão que tem de acontecer. Alguns casos hoje são do CERSAM, com muita dificuldade se consegue encaminhá-los. Mesmo porque durante um bom tempo aqui no Barreiro não tinha nem para onde ele ir. As informações têm que circular desde o início do tratamento.

A construção do projeto terapêutico tem que ser em rede”
(servidor de Centro de Saúde).

“Tem alguma coisa da doença mental, do psicótico especificamente, que ele precisa para ser acolhido, ficar ali algumas horas, naquelas horas, de uma pessoa que ele possa falar ali naquele momento, isto não que dizer que o paciente esteja em crise, mais os centros de saúde não tem isto para oferecer. É preciso ter um intercâmbio maior Centro de Saúde/CERSAM”(servidor de Centro de Saúde)

Estas dificuldades também foram percebidas na consulta a alguns prontuários dos portadores de transtorno mental. Não sendo objeto deste estudo a avaliação do impacto do trabalho em rede no tratamento, os casos serão relatados sumariamente. Estes são divididos em três grupos:

1) No primeiro grupo estão os casos que apresentam uma série de dificuldades em serem encaminhados para um Centro de Saúde. Os portadores de transtorno mental alegam que no Centro de Saúde a marcação de consultas é sempre difícil, não têm alguém com quem possam conversar quando estão mais “agitados”, geralmente não tem um apoio familiar que estimule a adesão ao tratamento. Para ilustrar: no CERSAM tem há senhor que foi primeiramente buscar tratamento no Centro de Saúde, sendo encaminhado em um momento de crise para o CERSAM. Permanece fazendo tratamento neste último equipamento. Não aceita se tratar no Centro de Saúde. Quando é reencaminhado abandona o tratamento entrando em crise. As crises dizem respeito a comportamentos heteroagressivos. Trata-se de uma pessoa casada, com filhos e que realiza alguns trabalhos autônomo para manter a família.

2) No segundo grupo estão os casos dos que já se trataram no CERSAM, foram encaminhados para um Centro de Saúde e se vincularam ao tratamento. A possibilidade de vínculo se mostra maior quando os profissionais das unidades trocam informações sobre o caso e quando o portador de transtorno mental tem apoio familiar. Para ilustrar: em um Centro de Saúde há uma pessoa que se tratou durante um tempo no CERSAM e foi

encaminhada ao Centro de Saúde. Está em tratamento neste último equipamento há mais ou menos quatro anos, recorrendo ao CERSAM somente em episódios de crises. Durante este tempo suas passagens pelo CERSAM ocorrem de forma breve. É um caso considerado muito grave marcado por vários comportamentos heteroagressivos, ameaçando sua própria vida e a de outros, momentos de difícil adesão ao tratamento. É solteira, nunca trabalhou, mora com seus pais. A mãe também faz tratamento de saúde mental. Tem apoio familiar, sobretudo do pai. Seus momentos de crise são discutidos com os profissionais do CERSAM, a portadora de transtorno mental tem uma grande transferência²⁵ com o profissional do Centro de Saúde. Alguns outros casos deste grupo, quando são encaminhados ao Centro de Saúde recebem alta do CERSAM. Significa, na prática, que, estando os profissionais cientes de que a pessoa aderiu ao tratamento no Centro de Saúde, as discussões sobre o caso se interrompem.

3) Neste grupo estão os casos que não aderem ao tratamento nos equipamentos oferecidos. São casos que passaram pelo Centro de saúde, CERSAM, Centro de convivência e desafiam os técnicos em suas propostas de tratamento. Para ilustrar: no CERSAM há o caso de uma pessoa que chegou no ano de 1999. Até 2004, ano deste estudo, esta pessoa já fez o seguinte percurso: várias tentativas em dois centros de saúde, no centro de convivência, pernoite no CERSAM 24 horas, pernoite em hospital psiquiátrico, discussão do caso em supervisão clínica, participação em atividades na comunidade (natação no clube, cinemas etc.), permanência-dia no CERSAM. Continua sendo internado em uma média de quatro vezes ao ano por um período aproximado de 60 dias. Não tem apoio familiar, não aceita bem as regras dos serviços. Vários profissionais da rede o conhecem através das interlocuções promovidas. Contudo, o tratamento oferecido não vem sendo suficiente para interromper seu circuito nos hospitais psiquiátricos. Pode-se inferir que se a proposta de tratamento fosse manicomial, esse sujeito seria um morador de algum manicômio, tendo seus direitos aviltados. É certo afirmar que, mesmo não tendo alcançado o fim de suas internações, o tratamento oferecido vem sendo benéfico na medida em que lhe é garantida sua condição de cidadania.

²⁵ Transferência aqui entendida em seu sentido psicanalítico.

3.3.1 As interlocuções como promotoras de laços sociais

O pressuposto do trabalho em rede é que todos os equipamentos/profissionais promovam uma contínua interlocução. Esta interlocução ajuda a construir ações estratégicas, projetos, e dão acesso a recursos diferenciados que podem resultar em ações eficazes. Enfim, toda rede tem como pressuposto central a promoção de relações sociais. Procura-se, a seguir, analisar em que medida o trabalho em rede na saúde mental vem, de fato, promovendo interlocuções que o configurem como promotor de laços sociais.

Os profissionais, por iniciativa própria, realizam encontros nos quais possam tratar de assuntos que envolvam o fazer profissional, tornando a interlocução, ao menos internamente (entre os equipamentos da saúde) mais facilitada. É o caso da reativação do Núcleo de Estudos, mencionada no capítulo II. Os profissionais reconhecem neste Núcleo um momento de encontro que fomenta o trabalho em rede, como observado na fala abaixo:

“Trabalho em rede: agora estamos construindo, depois das reuniões quinzenais no CERSAM ficou mais fácil a interlocução com a rede. Quando você pega um caso grave e não sabe nada do caso é complicado” (servidor de centro de saúde).

O Núcleo não é o único espaço para a discussão coletiva de temas relevantes à prática profissional. A Coordenação de Saúde Mental vem institucionalizando outros espaços: reuniões distritais com todos trabalhadores da saúde mental, encontros com as equipes de PSF, supervisão clínica etc. Contudo, admite que os trabalhadores não vêm fazendo o devido uso destes espaços:

“A gente já vem fazendo. Estes espaços que a gente sustenta, as reuniões distritais, por exemplo, que hoje, especialmente os CERSAM’s ocupam pouco, mas é um espaço possível de fazer esta construção, é um local para propiciar a discussão de construção e articulação desta rede, um outro dispositivo é a própria supervisão clínica. O PROJETO cria estes espaços o que não quer dizer que os trabalhadores utilizem com toda as potencialidades que possam ter, mas acho que cada vez mais temos que ir insistindo para inclusive podermos criar outras formas, outros momentos de encontro. Quando vejo, por exemplo, os relatos das equipes de saúde mental que fazem articulação com o PSF, para mim isto prova a possibilidade deste trabalho em rede, a rede interna da própria saúde e redes para fora” (Coordenação de Saúde Mental).

Tais espaços de discussões favorecem o aprimoramento dos trabalhos realizados e a superação dos problemas. Na implantação do trabalho em rede, um grande avanço foi mostrar como é pertinente o tratamento do portador de transtorno mental no âmbito mais geral da saúde. Incluídos nos Centros de Saúde que tratam de outras patologias, estes são menos estigmatizados. Outro avanço é a difusão que se faz da doença mental entre outros profissionais que, no modelo hospitalar, ficavam à margem destas discussões. Um dos entrevistados aponta este avanço:

“Outro ponto de avanço importante é o trabalho em equipe nos centros de saúde em parceria com outras especialidades, fazendo circular, na própria rede a idéia

do acolhimento singularizado do portador de sofrimento mental. A inserção começa frente a uma aceitação das demais unidades de saúde” (Servidor do CERSAM).

A interlocução pode, inclusive, resultar em um sistema de saúde que funcione de maneira menos verticalizada. Temos, na saúde, programas e projetos que operam vinculados às suas coordenações, com pouca interação na saúde enquanto um sistema. Fato marcante aconteceu na implantação do Programa Saúde da Família - PSF. O PSF é centrado nas relações do usuário com o profissional, trabalhando as noções de ações acolhedoras, vínculos, responsabilização, trabalho interdisciplinar etc. Diretrizes que convergem com as do Projeto de Saúde Mental, como observado anteriormente. Entretanto, os dois programas demoraram certo tempo para se integrarem e, até hoje, a integração acontece de forma tímida. A situação sinaliza novamente para a relação com o suposto saber que as profissões carregam. Uma relação também verticalizada, assim como a herança do velho modelo de administração pública. O fato é reconhecido nas falas abaixo:

“O que a gente percebe na prática é que principalmente quando vem o BH Vida que existiam questões que o projeto inicial não estava sendo previstas e que era necessário no decorrer dele ter ajuste, discussões, e em algum momento isto não era feito de uma forma tranqüila. Ou seja, eu lembro muito bem nas primeiras discussões que aconteceram com relação como se daria a relação das equipes de unidades básicas com as equipes de PSF, era uma coisa muito distante às vezes impossíveis de serem articuladas, cada um querendo marcar seu campo, principalmente as equipes de saúde

mental. Hoje, aqui, vejamos como nestes três anos que se passaram vi relações muito positivas das equipes de saúde mental com as equipes do Saúde da Família. Ainda pontual, mas muito caminhou neste sentido, ou seja, você vê que tem um saber que é da saúde mental, mas sem perder seu lugar pode ser recolocado....” (servidor do Distrito Sanitário Barreiro).

“ Como a saúde mental demora, em vários casos, a estabelecer uma interlocução. Vive em certo gueto onde as pessoas são mais herméticas, com dificuldades em partilhar com os outros” (Coordenação de Saúde Mental).

“Falta entrosamento com alguns clínicos que não participam das discussões com a saúde mental, Parecem que não querem saber da saúde mental. Ocorrem encaminhamentos equivocados para a saúde mental. Grande parte dos encaminhamentos vem para o psiquiatra direto”(servidor do Centro de Saúde).

Na realidade, é possível notar no Distrito Sanitário Barreiro, o movimento realizado pelos Centros de Saúde, em busca de superar a fragmentação do atendimento, com a introdução de práticas inovadoras. Se por um lado há avanços, no sentido de uma maior integração PSF/saúde mental, por outro lado, ainda se observam práticas autônomas que tensionam as relações. Os centros de saúde formatam várias práticas. Há centros de saúde que não têm conhecimento da experiência dos demais. Tal desconhecimento provoca distanciamento de discussões que poderiam difundir os avanços de cada prática, construindo

uma diretriz única, bem como provoca dificuldades no encaminhamento dos usuários. Nas falas abaixo é percebida a diversidade dos fluxos por unidade de saúde.

“Primeiro os casos são atendidos pelo PSF, só entra direto na agenda da saúde mental os egressos e casos do CERSAM. Em reunião discutimos os casos com o PSF, também os casos sociais. A periodicidade destas reuniões depende de cada equipe. Quando a equipe é composta por profissionais mais novos, as reuniões são mais próximas”(servidor de Centro de Saúde).

“Fazem uma reunião mensal com as equipes de PSF onde discutem os casos. A equipe de saúde mental faz uma reunião semanal” (Gerente de Unidade de Saúde).

Além da diversidade dos fluxos, há de considerar outras importantes questões que dizem respeito à capacitação técnica e ao desejo do profissional. O depoimento abaixo demonstra que cada profissional, isoladamente, tem seu limite de intervenção. A interlocução deve promover uma certa complementaridade para a superação destes limites. Está-se falando de um dos princípios do trabalho em rede que é a realimentação, ou seja, uma cadeia em que cada um alimenta o outro e, neste sentido, também se alimenta, fortificando o trabalho em rede. A outra questão é o desejo do profissional. Algumas vezes, pode ocorrer de um profissional não querer participar desta cadeia por questões subjetivas. Tal fato deve ser considerado, na medida em que a melhor articulação é aquela que acontece através da disponibilidade dos que dela participam:

“As discussões com o PSF tem dado uma orientação aos profissionais. Mas chega em um ponto que o PSF fala chegou o meu limite profissional. Quando o caso está envolvido em um grande sofrimento do sujeito, por exemplo, o profissional fala: pelo amor de Deus eu não suporto isto, eu não escolhi isto, fui escutar e quase chorei com o paciente, é insuportável para mim, isto é para vocês que escolheram saúde mental. Chega no limite da profissão.”(servidor de Centro de Saúde)

Estas questões subjetivas, que às vezes se expressam em um não desejo de trabalhar com a saúde mental, não precisam necessariamente serem tomadas como algo dado. Envolver estes profissionais em discussões coletivas do novo modelo assistencial, dando-lhes oportunidade de falarem o que mais os incomoda, pode ser uma estratégia de busca de sua adesão ao novo modelo. Às vezes, o não desejo pode passar por dificuldades que o profissional tem, e que no trabalho coletivo podem ser superadas. Ou podem, também, dizer respeito à novidade que é trabalhar neste modelo de atendimento. Esta é uma estratégia usada por um centro de saúde, como pode ser observado na fala abaixo:

“Hoje estamos pensando em fazer reuniões e trabalhar mais próximo com o Centro de Saúde... que está cheio de profissionais novos”(servidor de centro de saúde)

Um fator que pode ajudar a entender as dificuldades mencionadas são os encaminhamentos. Para onde os profissionais estão encaminhando seus pacientes? A impressão que fica, e pode ser confirmada por uma das falas, é que a maioria dos encaminhamentos se restringe ao âmbito da saúde, embora se reconheça seus limites. Uma

das entrevistadas faz uma análise, nesta direção. Considera que os trabalhadores estão como que “viciados” com o olhar da saúde e, mesmo reconhecendo a importância de promover parcerias fora do ambiente da saúde, não conseguem operacionalizá-las.

“Os encaminhamentos são realizados quase que sempre dentro da saúde, pois, a demanda é sempre da saúde, o olhar daquele que atende esta demanda também é da saúde. Os casos de álcool e droga que são mais freqüentes os encaminhamentos para fora da saúde” (Gerente de Unidade de Saúde).

“Centro de Convivência? Sempre que percebo eu encaminho. Mas não encaminho porque o paciente precisa de trabalho, por que está ansioso, isto não. Mas quando no discurso o sujeito aponta alguma coisa que o centro de convivência possa oferecer aí eu indico.. Por isto, estatisticamente meus encaminhamentos possam ser até tímidos. Eu tento que eles seja precisos, tenham um porque, uma direção”(servidor de Centro de Saúde).

“A interlocução é uma coisa a ser construída, mesmo com o Centro de convivência. Às vezes encaminhamos os casos para o Centro de Convivência e o caso só vai se tiver garantia do vale-transporte, as pessoas não têm dinheiro para pagar a condução. Não adianta falar vai, que ele não vai”(servidor de Centro de Saúde).

Destaca-se na fala de um profissional a menção do trabalho com a família. Vários outros profissionais, em seus depoimentos, destacam a importância do envolvimento familiar para o sucesso do tratamento. Porém, apenas duas unidades de saúde desenvolvem a iniciativa. Talvez, seja reflexo da pós-modernidade, era que registra a ruptura dos laços familiares tradicionais. Tal rompimento traz, entretanto, sérias consequências, uma vez que existe a responsabilidade pelo acompanhamento do caso, tarefa em que a participação familiar torna-se imperativa.

A melhor interlocução com o PSF pode viabilizar um trabalho produtivo com os familiares. As equipes do PSF têm recursos que possibilitam melhor aproximação com as famílias. Trabalham diretamente na comunidade, e por isso, conhecem seus recursos e formas de vida cotidiana. Portanto, são capazes de estruturar uma rede de ajuda, inserindo o portador de transtorno mental tanto na família e em uma rede social mais ampla. A experiência demonstra que a família é um grande recurso que o portador de transtorno mental tem para adesão ao tratamento.

A desinstitucionalização começa na família. Muitos são os casos de internação resultantes de pedidos clamorosos dos familiares. A reversão de tal quadro implica em trazer um novo olhar sobre a doença mental no âmbito familiar. Muitas famílias sequer são informadas sobre a doença mental de seu parente. Munir as famílias de conhecimentos e informações e, em outra via, ouvi-las sobre as questões cotidianas do relacionamento com o portador de transtorno mental, são instrumentos poderosos para conquistar a sua cumplicidade e, em consequência, para a adesão do paciente ao tratamento. Um dos entrevistados sublinha a importância da família: *“Falta um trabalho com a família.*

A família faz parte da rede e é muito importante na formação de laços sociais” (Gerente de Unidade de Saúde).

A formação de laços sociais é possível quando o trabalho em rede considera sua territorialidade, resgatando um dos princípios do projeto que é tratar o portador de transtorno mental em sua comunidade. A diretriz traz a noção de território como local de práticas diversas, onde o sujeito participa ativamente, de forma individual e coletivamente, da vida em comunidade.

O tratamento nas unidades básicas preserva o portador de transtorno mental em seu território, conservando seu modo de vida. Contudo, há de se ter claro que as unidades básicas, como componentes de uma rede de assistência, devem priorizar a manutenção do modo de vida de cada portador de transtorno mental. Assim, o sujeito vai lhe apresentar a demanda, pois, são as unidades básicas que têm a possibilidade de estabelecer o diálogo, o que não significa que devam ser grandes provedoras. Devem ser referência para aquele sujeito. Devem, por meio da interlocução com os vários equipamentos sociais, promover a circulação deste sujeito. Durante as entrevistas alguns profissionais mencionaram as dificuldades encontradas nos encaminhamentos, quando se defrontam com os limites da política de saúde, a começar pelas limitações da unidade básica:

“Os Centros de saúde não têm estrutura para atender o paciente em todos momentos que ele vai precisar estar lá falando, se colocar. A unidade básica não é aquele outro que vai acolher o indivíduo certas horas, que o apazigua. Não é toda hora que o técnico dele vai estar lá, se ele está,

está atendendo, está com a agenda lotada”(servidor de Centro de Saúde).

“... contudo falta RH e material. As agendas dos profissionais estão lotadas, psiquiatra, por exemplo, somente para final de outubro [significava 60 dias de espera], psicólogo já ocorreu agendar retorno para 30 dias, o espaço físico é inadequado, falta material, por exemplo, para atender crianças” (servidor de Centro de Saúde).

“Utilizo o CAC [Centro de Apoio Comunitário], penso que se o paciente tem condições de enfrentar dispositivos fora da saúde aí eu encaminho. Penso que temos este dever de tentar fazer a reinserção social, mas temos muito poucas saídas, a gente não tem muita alternativa. Às vezes o paciente aponta saídas mas não encontramos o dispositivo. Mas sei que nunca vamos ter tudo, é preciso usar a criatividade” (servidor do CERSAM).

A dificuldade apontada no último depoimento revela outras limitações, ligadas ao investimento em uma rede “para fora” promovendo parcerias. O fato é que, geralmente, os grupos e indivíduos se associam, se tornam parceiros em função de questões que lhes dizem respeito, ou quando sentem a necessidade de transformar uma determinada realidade:

“Na saúde mental também é uma exigência construir em rede para fora. Não vamos tirar os doidos dos hospícios para que

eles fiquem somente sob os nossos cuidados eternamente, nós funcionamos de portas abertas mesmo? Criamos rede para fora da saúde mental? Esta é uma possibilidade de que os nossos usuários possam inserir na vida, no mundo, e a gente precisa de ajudá-los a apresentar alguma necessidade. Promoção de laços sociais” (servidor de Centro de Saúde).

“A rede é formada para atender uma multiplicidade, contudo, não consegue responder, pois, existem várias demandas que estão extra-território, ou seja, fora do território da saúde” (servidor de Centro de Saúde).

Diferente do que alguns pensam, as parcerias nem sempre acontecem de forma harmoniosa. As colaborações podem implicar em conflitos no decorrer de algumas etapas do processo. O que não deve ser encarado como uma falha, mas como passível de acontecer em relações nas quais as partes são diferenciadas e com interesses próprios. Os conflitos serão superados à medida que for estabelecida maior confiabilidade entre os vários atores.

O CERSAM tentou estabelecer uma parceria com o *shopping center* da região, no sentido de que o cinema pudesse conceder algumas entradas gratuitas em dias de pouco movimento, o que não foi concedido.

“Tentaram uma negociação no Via Shopping, mas não concederam entradas gratuitas para o cinema”(Gerente de Unidade de Saúde).

Geralmente as parcerias são bem sucedidas quando procuram estabelecer algo relevante para uma grande coletividade. No caso do projeto de saúde mental o objetivo é um tratamento que promova a inserção social. As resistências à formação de algumas parcerias podem, no caso específico, residir na oposição tácita ao tratamento fora dos hospitais psiquiátricos. Portanto, para que as iniciativas sejam bem sucedidas, é preciso criar instrumentos que levem à superação de resistências e preconceitos. Um bom início é ouvir os argumentos do outro. No momento em que as partes expõem suas idéias, torna-se possível trabalhar as diferenças. O mecanismo pode viabilizar parcerias. Quando se consegue mediar as grandes diferenças, transforma-se freqüentemente o opositor em colaborador.

De forma geral, observa-se que as parcerias têm mostrado bons resultados quando os objetivos são concretos, e os programas têm metas passíveis de serem alcançadas. O que é demonstrado com algumas parcerias realizadas:

“Os materiais da oficina são adquiridos através de um contrato com a ONG - O Consolador. O restante é fornecido pela PBH [Prefeitura de Belo Horizonte]” (Gerente de Unidade de saúde).

“Algumas parcerias estão em negociação, por exemplo, com a Newton Paiva para a realização de um jornal; o Clube Comercial [Clube em que anteriormente emprestava a piscina uma vez por semana], e seções de cinema através da Coordenação de Saúde Mental” (Gerente de Unidade de saúde).

As parcerias são resultados de interlocuções. Mas para que a interlocução aconteça é preciso um planejamento. Não se trata de uma ação profissional que cada um toma para si, nem da institucionalização de espaços de conversações. O papel da coordenação é preponderante para que se possa agregar as diversas contribuições através de um planejamento consistente orientado por um determinado objetivo.

3.3.2 A interlocução e o gerenciamento da informação

A informação é um recurso fundamental no estabelecimento de relações em rede. Um bom gerenciamento da informação trará importantes elementos na promoção de interlocuções mais sólidas. É preciso trabalhar o fluxo das informações, desde as mais significativas até as menos significativas. Muitas vezes a informação é tratada como algo periférico. É desconsiderada a sua capacidade de, convertida em mensagem, provocar uma mudança no destinatário. Por meio da informação, é possível o surgimento de um novo ponto de vista, meio para extrair conhecimentos. A informação tem a ver com a organização como um todo, tem a ver com a missão, uma vez que pode contribuir para o alcance de metas e objetivos.

O bom gerenciamento da informação significa compreendê-la dentro de um conjunto estruturado de atividades. Identificar todos os passos, todas as pessoas, todos os problemas que surgem, pode indicar o caminho para mudanças que façam a diferença. Um dos entrevistados atribui este papel à equipe dos Distritos Sanitários e salienta que neste

aspecto o Barreiro enfrenta dificuldades devido à grande rotatividade dos componentes de sua equipe técnica, ocorrida principalmente nos últimos três anos.

“O papel do nível distrital deveria ser mesmo um local onde faz a articulação, esta costura de lá e de cá, fazer transitar a informação, acho que [o trabalho realizado] a gente ainda é muito incipiente... fica apêndice, faz pouca costura, trabalha-se pouco com a questão de veicular informações, trabalhar com dados concretos de disseminar informações para os demais....

Também talvez isto ocorre devido à debilidade que vem tendo este nível distrital. Debilidade que estou querendo falar é de uma história nos últimos períodos que você não consegue conviver muito tempo com o mesmo quadro de recursos humanos, ou seja, a grande rotatividade que este Distrito teve nos últimos anos”(servidor do Distrito Sanitário Barreiro).

A essencialidade do trabalho em rede está no fluxo e uso das informações. É a informação que vai tecendo a rede, faz as amarras e desata os nós. Durante as entrevistas realizadas, vários trabalhadores falaram da falta de informações. Atribuem ao Núcleo de Estudos, esta função. Entendem que através dele seria possível trocar mais informações importantes na condução de cada caso.

“O Núcleo de estudos que acontece no CERSAM a cada 15 dias com os profissionais da rede e do CERSAM discutindo casos clínicos, traz algum avanço”(servidor do Centro de Saúde).

Contudo, os profissionais reconhecem que este Núcleo é limitado para trabalhar os problemas ocasionados pelo fluxo ou ausência de informação. Entre os entraves citados, destacam-se: alguns profissionais não conhecem os equipamentos que compõem a rede; sério entrave nos encaminhamentos de pacientes, chegando algumas vezes a comprometer o tratamento; a não construção coletiva dos casos clínicos etc. As situações descritas estão na contramão de um trabalho em rede, promotor de laços sociais. Alguns trabalhadores explicitam a problemática:

“Os canais de comunicação estão falhos, acontece uma resistência no encaminhar e no receber os pacientes, devido ao desconhecimento do funcionário dos equipamentos e há uma falta de credibilidade nas unidades básicas. A informação também é falha, torna-se necessário fazer circular a informação. Pouco discutidos os momentos que o usuário fica no CERSAM ou na unidade básica, mas com a experiência adquirida, talvez, já é possível discutir este trânsito do paciente” (Gerente de Unidade de Saúde).

“A comunicação com os colegas e os equipamentos da rede está muito ruim, não tem um mecanismo que facilite esta comunicação” (servidor de Centro de Saúde).

“As reuniões /supervisão que acontecem a cada 15 dias facilita um pouco estes encaminhamentos e a circulação da informação, mas é preciso, criar trabalhos em conjunto, realizar constantemente planejamentos em conjunto:

reuniões com o DISAB [Distrito Sanitário Barreiro], trabalhadores, gestores. Esta ação conjunta tem que ser um fazer permanente, pois, o não fazer pode também se tornar permanente”(Gerente de Unidade de Saúde).

À formulação de Venturini (2002:76) – *“Fechar um hospital psiquiátrico significa reabilitar não só os internados, significa reabilitar um sistema de saúde, uma comunidade, uma sociedade”* - deve-se acrescentar reabilitar os trabalhadores.

Para a mudança do modelo manicomial parece necessário o incremento no gerenciamento de informações, na capacitação dos trabalhadores e na compreensão do trabalho em rede, como ampla rede social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as informações sistematizadas nos capítulos precedentes, pôde-se avaliar o desafio de implementar a proposta do tratamento antimanicomial, que se sustenta na inserção social do portador de transtorno mental. A proposta faz frente ao tratamento em instituições fechadas (manicômios, por exemplo), as quais Goffman (1992) chama de instituições totais, que contribui para uma ordem social perversa, a da exclusão social. Segundo o autor, a instituição totalitária se caracteriza por uma desculturação. O indivíduo chega à instituição com uma cultura e o que as instituições totais fazem é um destreinoamento, uma abolição das condutas antes realizadas. Torna o indivíduo incapaz para a vida social. O projeto de saúde mental da Prefeitura de Belo Horizonte busca alterar essa ordem social.

Além de retirar a loucura dos manicômios, o projeto convoca atores sociais para o convívio com os “loucos”, e para contribuírem na luta pela eliminação de toda forma de segregação. Para que alcance o objetivo, é imprescindível uma interlocução entre a política e a clínica. Ao trabalhar com a inserção social, reconhece a necessidade de articulações fora do campo da saúde mental. É um desafio.

A substituição ou extinção dos manicômios não encerra o problema de socialização do portador de transtorno mental. Neste sentido, o projeto de saúde mental demonstra uma positiva inflexão: a comunidade, antes resistente em acolher um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, transforma-se em defensora do novo modelo. Os familiares e portadores de transtorno mental optam pelo tratamento nos serviços abertos.

A análise comparativa entre os princípios antimanicomiais e o discurso dos entrevistados demonstra uma grande adesão ao novo modelo de tratamento proposto. Ao que tudo indica, o projeto de saúde mental do município de Belo Horizonte, em 10 anos de implantação, alterou a assistência ao portador de transtorno mental do Distrito Sanitário Barreiro. Vem provocando uma superação paradigmática: acolhimento, projeto terapêutico singularizado, responsabilização pelo tratamento, proposta de um trabalho interdisciplinar capaz de romper com as barreiras do saber; o usuário como cidadão e agente ativo de seu tratamento, enfim a proposta de um trabalho em rede.

Os princípios de atendimento hoje diferem, em muito, da antiga lógica de tratamento do portador de transtorno mental. Mas é preciso ainda avançar. A estrutura organizacional da rede de atendimento, da maneira como está montada, demonstra ser insuficiente, portanto, necessita de novos equipamentos de reabilitação psicossocial e de maior articulação intersetorial. A implantação de atendimento 24 horas eficaz, e melhor planejamento na dotação de recursos humanos e materiais (inclusive medicamentos) são exemplos de avanços que o projeto precisa empreender.

Há também alguns problemas no processo de trabalho: grande rotatividade de recursos humanos, capacitação profissional insuficiente, desinteresse de profissionais que resistem em articular o trabalho em rede, agendas lotadas, que dificultam a inserção de novos usuários, e dificuldades de alguns trabalhadores da saúde pertencentes a categorias fora da área dos “psi” em acolher o portador de transtorno mental.

O projeto tem como diretriz o trabalho em rede, contudo, existe uma grande diversidade de entendimento do conceito. Algumas interpretações e práticas colocam a “rede de saúde mental” refratária a possíveis interlocuções. O novo modelo carece, também, de

um processo eficaz de avaliação. Embora promissor, o projeto de saúde mental de Belo Horizonte não está plenamente efetivado.

Esta dissertação buscou demonstrar alguns aspectos do trabalho em rede. Os teóricos consultados apontam princípios fundamentais do processo que, analisados aqui separadamente, são aplicados de forma complementar.

1. Horizontalidade: processo de estabelecer relações, por meio da definição objetiva do papel exercido por cada um. A liderança não é fixa, ela se move diante à necessidade de promover interlocuções. As interlocuções não se restringem à busca por algum serviço/equipamento que possa atender a necessidade do momento. São representadas por iniciativas que promovam integração. Na pesquisa empreendida sobre o projeto de saúde mental no Distrito Sanitário do Barreiro, notou-se, em alguns momentos, a existência de uma hierarquia. A hierarquização está presente quando os profissionais entendem que os equipamentos/serviços de assistência em saúde mental formam uma rede própria e, em consequência, se distanciam dos outros equipamentos sociais. Também quando os trabalhadores identificam o CERSAM como o lugar que concentra todo o saber sobre o tratamento do portador de transtorno mental; ou se queixam da ausência de discussões coletivas. Percebe-se ainda a hierarquia quando os médicos psiquiatras recebem um *status* de excelência. Quanto ao entendimento da função de cada equipamento, alguns entrevistados demonstraram dúvidas sobre o funcionamento e a organização das unidades que integram a rede. Outros profissionais desconhecem ou não utilizam o Centro de Convivência e outros recursos sociais comunitários.

2. **Diversidade/Conexão:** é capacidade de realizar e manter interlocuções, e difere da função de administrar recursos disponíveis dentro e fora da instituição. Está relacionada à complementaridade das iniciativas, estabelece a dependência mútua das ações articuladas, e resulta no compartilhamento de objetivos e estratégias de ação. Aos equipamentos e serviços não compete um lugar de excelência, pois, todos são interdependentes. Constatou-se que, no Distrito Sanitário Barreiro, o projeto de saúde mental de Belo Horizonte possibilita o acesso do usuário ao tratamento, por meio do acolhimento e da implantação de novas equipes de saúde mental, com ênfase na territorialidade, que leva o atendimento à comunidade em que reside o portador de transtorno mental. A diversidade do atendimento na saúde mental também é realidade na região, que conta com diferentes equipamentos (CERSAM, Centro de Convivência e equipes na rede básica, por exemplo) capazes de estabelecer a interlocução. Contudo, há precariedade na conexão entre os equipamentos. Ela pode ser percebida quando o CERSAM passa a ocupar, no tratamento, posição superior à da rede básica, vista então como um apêndice, e também, quando o centro de convivência é esquecido pelos profissionais. Os encaminhamentos de usuários para os diversos equipamentos ainda acontecem de forma mecânica e burocrática. Com isso, perdem sua efetividade, e o usuário se perde na rede de atendimento ou, pior, encontra nos hospitais psiquiátricos uma resposta à sua demanda. A rede carece de um agente que promova interlocução efetiva entre os equipamentos.
3. **Extensão/Promoção de laços sociais:** É consenso que uma rede deve ser composta por equipamentos e serviços para o atendimento de amplas e diversificadas demandas. Contudo, o investimento na estruturação de uma rede não basta, pois,

sobretudo, uma rede deve trabalhar na articulação e agregação de recursos. Não cabe no projeto a idealização de uma rede auto-suficiente. Como já foi mencionado, o sucesso do trabalho depende da articulação de equipamentos e serviços que estão fora da rede. No Barreiro, são tímidas as experiências de articulação com serviços e equipamentos que estão fora da “rede de saúde mental”. Vários entrevistados reconhecem a insuficiência. Consideram que trabalhar os laços sociais do portador de transtorno mental, com a agregação de outros atores localizados fora e até mesmo distantes das organizações da saúde, é pré-requisito básico para o sucesso da proposta de substituição dos manicômios. Mencionam a necessidade de um trabalho intersetorial. Contudo, a “rede de saúde mental” pouco avançou neste sentido. Muitos dos trabalhadores entrevistados consideram a saúde mental uma área refratária às articulações com outras áreas. No entanto, a inserção social do portador de transtorno mental depende desta extensão.

4. Intensidade: Mede o envolvimento de cada ator com o atendimento das necessidades que se apresentam cotidianamente. O trabalho em rede possui características especiais: exige um conjunto de novos procedimentos, gerenciais e organizacionais, que atenda aos novos fluxos dos serviços instituídos; e estabelece alterações nos tradicionais instrumentos de gestão. Em alguns casos, a atuação em rede permite a prática do “aprender fazendo”. Entretanto, para aumentar a eficiência do projeto de saúde mental, é recomendável que o trabalho em rede seja compreendido como uma tecnologia, merecedora de estudos e investigações, e não como uma habilidade a ser desenvolvida. Ainda hoje, o usuário é identificado e tratado como paciente de uma determinada unidade. Não se reconhece que ele está inserido em uma rede social. Em algumas ocasiões, a atuação em rede é vista como uma habilidade de certos

profissionais que, por serem mais “preparados”, realizam um trabalho que vai além dos consultórios. É primordial que haja homogeneidade no conceito de rede e na formulação do trabalho, assim como foi conquistado o consenso quanto aos princípios antimanicomiais.

5. Realimentação: As ações do projeto de saúde mental estão na maioria das vezes voltadas para a própria saúde pública. Existe certa deficiência com relação a ações que possibilitem a formação de laços sociais, canais de inserção social do portador de transtorno mental. O agenciamento de novas ações pode fortalecer os trabalhos realizados. Como bem salienta Lobosque (1998), é preciso criar mecanismos de cooperação social.
6. Informação: O gerenciamento da informação é um instrumento indispensável de controle em um sistema descentralizado, ou em sistemas que agregam uma multiplicidade de atores. Com ele, pode-se obter maior planificação, principalmente onde a flexibilidade é característica marcante do processo, como é o caso do projeto de saúde mental. Por meio do deslocamento da informação podem-se criar novos conhecimentos, que resultarão em importantes ações. Os profissionais entrevistados reconhecem a importância da informação e se queixam da ausência de canais de comunicação. A dificuldade de comunicação entre os profissionais é de tal dimensão que interfere nos encaminhamentos de pacientes. O trabalho em rede se caracteriza pela circulação das informações, pelo fluxo coerente e permanente de dados, via relações interpessoais ou através das tecnologias oferecidas hoje pelo mundo moderno, como a Internet. A troca de informações tem um papel fundamental para o ajuste de condutas, comportamentos e decisões.

Atender a todos estes princípios e realizar substancialmente um trabalho em rede remete à alteração de comportamentos profissionais e ao investimento no trabalho de construção coletiva. Trabalhar coletivamente exige desprendimento e capacidade de interação. Observou-se que sentimentos de propriedade subjetivos, os pré-julgamentos da capacidade alheia, o apego ao exercício do poder e as dificuldades de interação dificultam o desenvolvimento de uma rede social.

A atuação em rede envolve pluralidade e diversidade. Não possui regras estanques ou pré-estabelecidas. Contudo, propicia encontrar caminhos e soluções, principalmente para propostas inovadoras, como o trabalho que está em construção na assistência da saúde mental em Belo Horizonte. Na atualidade, emergem inúmeras propostas e análises de trabalhos em rede, que apontam ser ele bom caminho para lidar com a complexidade da modernidade. No caso da saúde mental, revelam uma possibilidade de eliminar a exclusão social do portador de transtorno mental, e dos maus-tratos por ele sofridos. Indicam, então, uma nova forma de organizar e consolidar o saber acerca da loucura, os espaços de decisões, enfim, a inserção social do portador de transtorno mental. Incorpora ainda novos princípios: serviços descentralizados, cooperação social, objetivos compartilhados e construídos coletivamente, múltiplos níveis de atuação, desconcentração de poder, processos horizontalizados, composição multi-setorial e formação permanente de parcerias.

Nestes 10 anos de funcionamento a assistência em saúde mental percorreu um longo caminho. Alterou a história significativamente: os portadores de transtorno mental não sofrem hoje dos abusos praticados pelos manicômios, vivem com a família e em comunidade. Esses e vários outros resultados são conseqüências das práticas profissionais e da ousadia que muitos tiveram em desconstruir os manicômios, equipamentos históricos de exclusão social. Os progressos são inegáveis, mas, devido à complexidade da proposta,

ainda há um sentimento de trabalho incompleto. O sentimento desconfortável aliado à defesa que se faz da extinção dos manicômios e de qualquer prática manicomial impulsionam os agentes envolvidos – gestores, trabalhadores, usuários e familiares – a continuar o trabalho para a transformação histórica. Muito ainda se tem a realizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

AMARANTE, Paulo (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.p. 85-95.

AMARANTE, Paulo (coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

AMARAL, Márcia. *Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial*. Revista da Saúde Pública, 31, 1997.p. 288-295.

BARRETO, F.P. *Evolução do conceito de assistência psiquiátrica*. Separatum da Revista Brasileira de Psiquiatria V(2)

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Editora Gral, 1985.

BASAGLIA, Franco, trad. SOIANESI, Sônia. *A Psiquiatria Alternativa: Contra o Pessimismo da Razão, o Otimismo à Prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em ciências Sociais*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário Barreiro et al. *Proposta preliminar de reorganização da atenção em saúde mental*. Dezembro, 1991.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde.Distrito Sanitário Barreiro. et al. *Projeto CERSAM*. Junho, 1992.

BELO HORIZONTE. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de saúde mental. *Proposta de consolidação do modelo substitutivo de saúde mental*. Janeiro, 2002.

BRASIL/Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Documentação e Informação (2000). *Legislação em Saúde Mental 1990-2000*. Brasília, Ministério da Saúde.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

CECILIO.L.C. de Oliveira (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo, Hucitec,1997.p.117-160.

COHEN, Ernesto; FRANCO, R. *Avaliação de Políticas Sociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

DELGADO, Pedro G.G. *Reforma Psiquiátrica e Cidadania: O Debate Legislativo*. Revista Saúde em Debate, nr. 33. 1992.p.115-119.

DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DULANY, Peggy. *Tendências emergentes em parcerias intersetoriais: processos e mecanismos para colaboração*. In: IOSCHOPE, B.E. (org.) *Desenvolvimento Social Sustentado*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GARCIA, Célio. *Rede de redes*. Jornal do Psicólogo, nr. 2, 2001.

GOFFMAN, E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

GOULART, M.Stella Brandão. *O Ambulatório de Saúde Mental em Questão: Desafios do Novo e Reprodução de Velhas Formulas*. *Dissertação de Mestrado*. Belo Horizonte: UFMG, 1992.

GUATTARI, Félix e ROLNIK Suely. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.4ed.

KLIKSBERG, Bernardo. “*Uma gerência pública para os novos tempos*”. In: KLIKBERG, Bernado, “*O Desafio da exclusão – para uma gestão social eficiente*”. São Paulo: FUNDAP, 1997.p.74 - 97.

LANCETTI, A. (org) *Saudeloucura, Nr. 1, 2ª Ed*. São Paulo: Hucitec, 1990.p.3-32.

LOBOSQUE, Ana M. *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e Outros Escritos*. Belo Horizonte: Editora Vozes, 1999.

MARQUES, Eduardo C. *Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade*.Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol.14 nr. 41, out/99

MOKATE, Karen. M. *Eficacia, eficiencia, equidad Y sostenibilidad:que queremos decir?*. *Series Documentos de Trabajo* 1-24. Washington. D.c. 2001.

MOREIRA, Max Silva. *O CERSAM e a Referência*. Belo Horizonte 2002. Mimeo

PECI, Alketa. *Emergência e Proliferação de redes Organizacionais: marcando mudanças no mundo de negócios*. Revista de Administração Pública (RAP) RJ, 33 (5) 7-24, nov/dez, 1999.

PEREIRA, William César Castilho. *O adoecer psíquico do subproletariado : Projeto Saúde Mental na Comunidade*. Ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

REIS, Afonso Teixeira, et al (org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.p.11-30,143-159 e 243-264

ROUDINESCO, Elisabeth, et al. Trad. ESTRADA, Maria I.D. *Foucault: Leituras da História da Loucura*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

ROTELLI, Franco. Et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999. p.17 - 59.

RUA, M. das Graças. *“Desafios da administração pública brasileira: governança, autonomia, neutralidade*. Revista do Serviço Público. Ano 48, nr. 3, set.-dez.1997.

SANTOS, Boaventura. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 3.ed.Rio de Janeiro: Editora Graal, 2000.

SLUZKI, Carlos E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, José Arlindo e GONDIM, Linda. *“Novos Modelos de Gestão: lições que vem do poder local”*. In: SOARES, José Arlindo e CACCIA-BAVA, Silvio (org) *Os desafios da gestão municipal democrática*. São Paulo: Cortez Editora e Recife: Centro Josué de Castro de Estudos e Pesquisas, 1998.

SOUZA, Patrus Ananias. *Discurso de posse*. 1993 (mimeo)

SEMINARIO HOSPITAIS PSIQUIATRICOS: SAIDAS PARA O FIM, 2001, Belo Horizonte, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.Belo Horizonte, 2002.

TOBAR, Federico; YALOUR, M. R. *Como Fazer Teses em Saúde Pública: Conselhos e Idéias para Formular Projetos e Redigir Teses e Informes de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TUNDIS, Silveiro A. e COSTA, Nilson R. (orgs)*Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

VASCONCELOS, Eduardo M. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e metodologia operativa*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). *Saúde Mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Editora Cortez, 2000.